

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 <div></div>	番号 <div></div>	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください <div></div> <div></div> <div></div>	
	氏名	(フリガナ) -----		生年月日	<div><input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和</div> <div>年 月 日 <div></div><div></div><div></div></div>
	住所	(〒                      ) 都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL                      (                      )			

☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☒)

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> 登録している受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。)			
	金融機関 名称	<div>銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 (                      )</div> <div>本店 支店 出張所 本所 支所</div>		
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	<div></div>

▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。

口座名義 (カタカナ)	<div></div>
----------------	-------------

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

## 健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)・療養担当者記入用

申請内容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者（氏名			）		
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	令和	年	月	日	続柄（	）
	傷病名						
	発病または負傷の原因						
	発病または負傷の年月日	令和	年	月	日		
	移送経路						
	移送方法						
	移送年月日	令和	年	月	日		
	付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 有（氏名					）・ <input type="checkbox"/> 無
		〒					-
移送に要した費用の額						円	
第三者行為によるときはその事実							
第三者の氏名 及びその住所	氏名						
	〒					-	

医師・ 歯科医師 記入欄	移送を必要と 認めた理由					
	付添を必要と認 めた理由					
	移送経路					
	移送方法					
	移送年月日					
	上記のとおり相違ありません。	令和	年	月	日	
	住所	〒	-			
	医師または歯科医師の	氏名				