健康保険　移送費　支給申請書

1　2

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報

被保険者証の（右づめ）	記号	番号	生年月日　年　月　日 □ 昭和 □ 平成 □ 令和
氏名	（フリガナ）		
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

□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）

注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　）	本店 支店 出張所 本所 支所	
預金種別	1．普通　3．別段 2．当座　4．通知	口座番号	左づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ（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。）	口座名義の区分	1．申請者 2．代理人

受取代理人の欄

被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。　令和　年　月　日 氏名　住所　「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
代理人（口座名義人）	（〒　－　）　TEL　（　） 住所 （フリガナ） 氏名	委任者と代理人との関係

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

（R4.6）

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	□ 被保険者・□ 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	□ 有　（氏名　　）・□ 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