

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

振込先指定銀行口座の通帳若しくはキャッシュカードの写しを必ず添付して下さい。

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者 (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
	氏名・印	(フリガナ)	印		自署の場合は押印を省略できます。		
	住所	(〒 - )	都 道	府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )						
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )							

振込先指定口座	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	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/>
	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		<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人	

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	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
	被保険者 (申請者)	氏名・印	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 ( )	委任者と代理人との関係
		(フリガナ)	氏名・印

- ・被保険者の記号・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

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

(健保記入欄)	支給決定欄	常務理事	事務長	担当	担当
	円				

受付印

# 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	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			
			印	