

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号(3桁) □ □ □	番号(6桁) □ □ □ □ □ □	生年月日 年 月 日
	氏名 (フリガナ)	-----		
	住所	(〒 - )	都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )		

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 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	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(ˆ)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

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		
	住所	(〒 - )	TEL ( )	
	代理人(口座名義人) (フリガナ)	-----		
氏名				

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。 &gt;&gt;&gt;

・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

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
---------------------------------

(R2.12)

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			