

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	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>			
	氏名	(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>		
	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	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 普通	3. 別段	口座番号	<input type="text"/>			左づめてご記入ください。
	2. 当座	4. 通知					
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
	<input type="text"/>						2. 代理人

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	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)	住所	(〒	-)	TEL ()
		(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」は次ページに続きます。>>>

- ・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

(R5.4)

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				