

健康保険 移送費 支給申請書

1

被保険

記入例

被保険者(申請者)情報	記号	1 1 1 1	番号	2 2 2 2	生年月日	昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	5 0 0 1 0 1
	被保険者証の(右づめ)						
	氏名	(フリガナ) ウンユ タロウ					
		運輸 太郎					
住所	(〒 ○○○ - ××××)	兵庫 都道 府県 神戸市中央区○○○町×××					
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	1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	1 1 1 1 1 1 1	左づめてご記入ください。		
	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 1.申請者 2.代理人
	ウンユ タロウ						

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)	住所 (フリガナ) 氏名	(〒 -) TEL ()	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 checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名 運輸 花子)
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	昭和 55 年 1 月 1 日 続柄(妻)
	傷病名	〇〇病
	発病または負傷の原因	
	発病または負傷の年月日	令和 5 年 3 月 11 日
	移送経路	〇〇病院 (〇〇県〇〇市) から●●総合病院 (△△県△△市) まで *km 1回
	移送方法	ドクターカー
	移送年月日	令和 5 年 3 月 11 日
	付添人の有無及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名)・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 〒 -
	移送に要した費用の額	11,000 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	*病院証明欄*
	移送年月日	※移送となった医療機関へ証明をもらってください。
	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