

# 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	記号	番号	生年月日
	被保険者証の <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	氏名 (フリガナ)	事業所名	
	住所 (〒 - )		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )		
<input type="checkbox"/> 移送費の受取については事業主に委任します。			※在職中の方は事業主への委任払いにご協力願います。

受取代理人の欄 (事業主への委任欄)	被保険者(申請者) 氏名	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
	受取代理人 (事業所の事業主様)	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	委任者と受取代理人との関係

振込指定口座 (委任の場合は事業主口座)	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> その他
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号 <input type="text"/>
	口座名義 (フリガナ)	左づめでご記入ください。	
口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 受取代理人		

## 【添付書類】

・領収書(原本)

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

被保険者のマイナンバー記載欄 

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です
- ・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

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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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	令和	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			