

常務理事	事務長	担当者

支給額	¥
-----	---

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	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)			<input type="checkbox"/> 昭和		
				<input type="checkbox"/> 平成		
	氏名・印	(フリガナ)		自署・押印してください。		
住所	(千 ー)		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. その他 2. 当座	口座番号
	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

「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	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。	平成 年 月 日
		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)	(千 ー) TEL ()	委任者と代理人との関係
	住所 (フリガナ)	氏名・印	

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

(29.4)

備考欄	
-----	--

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	平成	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	平成	年	月	日	
	移送経路					
	移送方法					
	移送年月日	平成	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。	平成	年	月	日
	住所	〒	-		
	医師または歯科医師の	氏名			
		印			