

# 記入見本

支給額 ￥

常務理事	事務長	担当者

## 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	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	XX	9999		
	氏名 (フリガナ)	アコム タロウ		生年月日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>
	住所	123 - 4567 )		年 月 日	XXXXXX
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	XX (XXXX) XXXX	〇〇 都 道 〇〇市〇〇1-2-3		

自署してください。

被保険者等の記号番号がわからない場合はお問い合わせください。  
マイナンバーは絶対に記載しないでください。

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。	
	金融機関 名称	その他 ( ) 本所 支所
	預金種別	普通 口座番号 (左づめ)
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。	

在職者は記入不要(給与口座振込)  
退職者は希望する本人口座を記入してください。  
いずれの場合も公金受取口座の記入は不要です。

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

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 checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(氏名 <b>阿込 華子</b> )
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	令和 <b>XX</b> 年 <b>XX</b> 月 <b>XX</b> 日 続柄( <b>妻</b> )
	傷病名	<b>急性心筋梗塞</b>
	発病または負傷の原因	<b>不明</b>
	発病または負傷の年月日	令和 <b>XX</b> 年 <b>XX</b> 月 <b>XX</b> 日
	移送経路	<b>A病院～B病院</b>
	移送方法	<b>救急車にて搬送</b>
	移送年月日	令和 <b>XX</b> 年 <b>XX</b> 月 <b>XX</b> 日
	付添人の有無及びその住所	<input checked="" type="checkbox"/> 有(氏名 <b>阿込 太郎</b> )・ <input type="checkbox"/> 無 〒 - <b>1枚目に同じ</b>
	移送に要した費用の額	<b>〇万</b> 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