

|                  |                                                   |                                                               |      |                                                            |   |   |
|------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------|---|---|
| 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<br>（右づめ）                                   |                                                               |      | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成 |   |   |
|                  | 氏名・印                                              | (フリガナ)                                                        |      |                                                            |   |   |
|                  | 住所                                                | (〒                      )                      都   道<br>府   県 |      |                                                            |   |   |
| 電話番号<br>(日中の連絡先) | TEL                      (                      ) |                                                               |      |                                                            |   |   |

|         |            |                                                         |      |                                           |
|---------|------------|---------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------|
| 振込先指定口座 | 金融機関<br>名称 | 銀行   金庫   信組<br>農協   漁協<br>その他 (                      ) |      | 本店   支店<br>出張所<br>本所   支所                 |
|         | 預金種別       | <input type="checkbox"/> 1. 普通   3. 別段<br>2. 当座   4. 通知 | 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（゜）は1字としてご記入ください。）   |      | 口座名義<br>の区分                               |
|         |            |                                                         |      | <input type="checkbox"/> 1. 申請者<br>2. 代理人 |

「2」の場合は必ず記入してください。

|         |                |                                |                                                                                                  |                                                                         |
|---------|----------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 受取代理人の欄 | 被保険者<br>（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<br>（口座名義人） | 住所                             | (〒                      )                      TEL                      (                      ) | 委任者と<br>代理人との<br>関係                                                     |
|         | 氏名             | (フリガナ)                         |                                                                                                  |                                                                         |

「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。  
(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。)

備考欄

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

(R4.1)

受付日付印

## 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<br>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<br>及びその住所 | 氏名                 |                                                                 |   |   |   |     |                               |
|                  | 〒                  |                                                                 |   |   |   | -   |                               |

|                |                 |    |   |   |   |  |
|----------------|-----------------|----|---|---|---|--|
| 医師・<br>歯科医師記入欄 | 移送を必要と<br>認めた理由 |    |   |   |   |  |
|                | 付添を必要と認<br>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 |   |   |   |  |