

常務理事	事務長	課長	担当

受付日付印

事業所	名称		部所名	
	所在地			

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)			☐ 昭和		
				☐ 平成		
				☐ 令和		
	氏名	(フリガナ)				
住所	(〒 —)		都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

振込先指定口座

「健康保険給付金振込口座届」に記載された個人銀行口座に振込ます。

※「健康保険給付金振込口座届」を提出して下さい。

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	☐ 被保険者・ ☐ 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 及びその住所	☐ 有（氏名						）・ ☐ 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。	令和	年	月	日		
	住所	〒	-			
医師または歯科医師の	氏名					