

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

被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 1 0 0 1	番号 1 2 3 4	生年月日 ☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 6	月 1	日 0 4 1 5
氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子					
住所	(〒 123 - 4567) 東京 都 道 港区〇〇1-1 府 県 〇〇マンション101					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (1230) 4567					
☐ 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

金融機関 名称	〇〇 銀行 金庫 信組 〇〇駅前店 農協 漁協 その他 ()		☒ 本店 ☐ 支店 ☐ 出張所 ☐ 本所 ☐ 支所
預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7
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(゚)は1字としてご記入ください。 ケンポ。 ハナコ		

振込先が給与(賞与)の第一振込口座と同じである場合は、記入不要です。

注) 給付日直前の変更や登録内容に誤り等があった場合は、給付日が遅延(翌月以降)する場合があります。

注) 公金受取口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。注意事項を確認しましたので、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☑)

「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	☒ 被保険者・ ☐ 被扶養者（氏名 健保 花子 ）
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	

移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)を添付
※上記の書類が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。