

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	番号	生年月日
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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 ()		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)			

振込先指定口座

金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ()		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>
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(゜)は1字としてご記入ください。 <input type="text"/> <input type="text"/>		

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	<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。	令和	年	月	日
	住所	〒	-		
	医師または歯科医師の	-----			
	氏名				