

【在籍者用・見本】

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 [][][][][]	番号 [][][][][][][][]	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名・印	(フリガナ) 申請者記入欄		印 自署の場合は押印を省略できます。
	住所	(〒 [][] - [][])	都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ([][])		

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ([][])	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 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。)	
			口座名義の区分 2 1. 申請者 2. 代理人

受取代理人の欄	被保険者(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・印	申請者記入 必須	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人(口座名義人)	住所 事業所(会社)記入欄 (フリガナ) 氏名・印	委任者と代理人との関係

「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。)

(28.8)

備考欄	※記入後の提出先は会社です。
-----	-----------------------

社会保険労務士の提出代行名記載欄	(健康保険組合ではあません)
------------------	-----------------------

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	印			