

健康保険 移送費 支給申請書

常務理事	係 員	係 員

被保険者（申請者）情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)				
	氏名	(フリガナ)	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
	住所	(〒 -)	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			

振込先指定口座	☐ 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 ☒ 利用しない場合は下記の欄を記入。） 注）口座情報の反映には登録から数日を要します。				
	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	普通	口座番号 (左づめ)		
	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。			

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

(R6.10)

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

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	☐ 昭和 ☐ 令和 年 月 日 続柄() ☐ 平成		
	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				