

被保険者（申請者）情報	事業所番号	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の （右づめ）		☐ 1 ☐ 4 1 9 9		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		
	氏名・印	(フリガナ)			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	☐ 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号		左づめでご記入ください。
	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	☐ 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	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)	(〒 —) TEL ()	住所	委任者と 代理人との 関係

※ 1. 被保険者証の番号を記入しない場合のみ、備考欄に個人番号を記入してください。

※ 2. 備考欄に個人番号を記入した場合、次の対応をお願いします。

- ① 事業主経由で提出 >>> 事業主確認欄に番号および本人の確認を行った担当者が押印
② 本人が直接提出 >>> 番号確認および本人確認のための添付書類が必要

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

備考	事業所 個人番号 照会者	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			）	
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	☐ 平成・ ☐ 令和			年 月 日 続柄（	）
	傷病名	※ケガが原因の場合は、 負傷原因届を併せてご提出ください				
	発病または負傷の原因					
	発病または負傷の年月日	☐ 平成・ ☐ 令和			年 月 日	
	移送経路					
	移送方法					
	移送年月日	☐ 平成・ ☐ 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				