

健 保 記 入 欄	伺 年 月 日	年 月 日		常務理事	事務長	担当者
	決 裁 年 月 日	年 月 日				
	支 払 年 月 日	年 月 日				
	移送承認年月日	年 月 日	資 格 取 得	年 月 日		
			資 格 喪 失	年 月 日		
	支 給 額	円	不 承 認			

健康保険

被保険者
被扶養者

移送費申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号				事業所の名称							
	被 保 険 者 氏 名				移 送 を 受 け た 者 の 氏 名			生 年 月 日		被保険者との続柄		
	印 ※自署の場合押印不要							年 月 日				
	傷 病 名						発病又は 負傷の年月日		年 月 日			
	発病又は 負傷の原因						第三者によるものですか		はい ・ いいえ			
	移送の経路 及び方法						移 送 年 月 日		年 月 日			
							移送に要した費用		円			
	付添人の氏名 及び住所		氏名				住 所					
	受 取 代 理 人 の 欄		本申請に基づく給付金に関する受領を事業所代理人に委任します。年 月 日									
			被保険者(申請者)氏名 印 ※自署の場合は 押印不要									
事業所代理人の氏名 印												
金 融 機 関		金融機関名称		銀行 ・ 金庫 信組 ・ 農協			本店 支店		預金種別		普通 ・ 当座	
		口 座 番 号								(フリガナ)		

医 師 又 は 歯 科 医 師 の 意 見	移送を必要 と認めた理由											
	付添を必要 と認めた理由											
	入院した病院又は 診療所の名称											
	入 院 し た 期 間		年 月 日から 年 月 日まで 日間									
	移送の経理及び方法											
	上記のとおり相違ありません。年 月 日											
医 療 機 関 所 在 地												
名 称												
医師氏名 印												
電話 ()												

注) この申請書には、移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)を添付して下さい

受付日付印

被保険者のマイナンバー記載欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。