

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	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (右づめ)	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table>	<input type="checkbox"/> 昭和	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table>		
			<input type="checkbox"/> 平成	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table>			
			<input type="checkbox"/> 令和	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table>			
	氏名	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"></table>					
	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 <check>) <input type="checkbox"/> 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<check>) 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>注) 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。</small> </check></check>							

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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 <input type="checkbox"/> 4. 通知	口座番号	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table>	左づめでご記入ください。
口座名義	<small>▼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(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。)</small> <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"></table>			口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 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			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	()	委任者と 代理人との 関係				
	住所 (フリガナ)	氏名						

「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を記入した場合は不要です
- 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

被保険者のマイナンバー記載欄

(R4.6)

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

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) - 元 -
	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 - 元 -	

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	元 -	
医師または歯科医師の 氏名		