

被保険者(申請者)情報

被保険者証の (右づめ)	記号 <div></div>	番号 <div></div>	生年月日 年 月 日 <div><input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和</div> <div></div>
氏名	(フリガナ) -----		
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 <input checked="" type="checkbox"/>)			

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。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。

金融機関 名称	<div>銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所 その他 () 本所 支所</div>		
預金種別	<div><input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知</div>	口座番号	<div></div> 左づめてご記入ください。
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。) <div></div>		口座名義 の区分 <div><input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人</div>

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。 <div>令和 年 月 日</div>	
	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)	住所 (〒) TEL () (フリガナ) ----- 氏名	委任者と 代理人との 関係 <div></div>

「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

(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

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				