

## 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<br>申請者<br>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<br>記号・番号<br>(左づめ) | <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/> | <input type="text"/>  |
|   | 氏名                      | (フリガナ)               |                              | 生年月日                 | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 |
|   | 住所                      | (〒                   | -                            | )                    | 都 道<br>府 県  |
| 電話番号<br>(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"/> ) |                         |                      |                              |                      |   |

## ※ 給与振込口座への給付を希望する場合は下記に記入

|         |                             |   |   |   |              |
|---------|-----------------------------|---|---|---|--------------|
| 受取代理人の欄 | 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 |   |   |   |              |
|         | 令和                          | 年 | 月 | 日 |              |
|         | 申請者住所                       |   |   |   | 代理人の氏名       |
|         | 氏名                          |   |   |   | 代理人の住所<br>電話 |

## ※ 給与振込口座を利用する場合は、下記の欄は記入不要

|         |  |  |               |                      |                       |
|---------|--|--|---------------|----------------------|-----------------------|
| 振込先指定口座 | <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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。)<br><small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。</small> |  |               |                      |                       |
|         | 金融機関<br>名称   | 銀行 金庫 信組<br>農協 漁協<br>その他 ( )   |               |                      | 本店 支店<br>出張所<br>本所 支所 |
|         | 預金種別   | 普通   | 口座番号<br>(左づめ) | <input type="text"/> |                       |
|         | 口座名義<br>(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。<br><input type="text"/> |               |                      |                       |

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

## ※健保使用欄

| 支給金額 | 常務理事 | 事務長 | 担当 |
|------|------|-----|----|
|      |      |     |    |

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<br>及びその住所   | <input type="checkbox"/> 有 (氏名 )・ <input type="checkbox"/> 無<br>〒 - |   |   |   |       |
|                  | 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<br>及びその住所 | 氏名<br>-----<br>〒 - |   |   |   |   |       |

|                    |                 |       |   |   |   |
|--------------------|-----------------|-------|---|---|---|
| 医師・<br>歯科医師<br>記入欄 | 移送を必要と<br>認めた理由 |       |   |   |   |
|                    | 付添を必要と認<br>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              |       |   |   |   |