

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	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 記号・番号 (左づめ)	2 8	1 2 3 4 5
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 5 6 0 3 0 1
	住所	(〒 650 - 0000 ) 兵庫 都 道 府 県 神戸市〇〇区△△通1-2	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 078 (〇〇〇) △△△△		
<input checked="" 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	<input checked="" 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。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。		
	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	普通	口座番号 (左づめ)
口座名義 (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。		

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

受付日付印

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 checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名 <b>健保 花</b> )
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 <b>27</b> 年 <b>12</b> 月 <b>1</b> 日 続柄( <b>母</b> )
	傷病名	<b>急性心筋梗塞</b>
	発病または負傷の原因	<b>不明</b>
	発病または負傷の年月日	令和 <b>6</b> 年 <b>12</b> 月 <b>28</b> 日
	移送経路	<b>〇〇診療所(〇〇県〇〇郡)~△△総合病院(△△県△△市)</b>
	移送方法	<b>飛行機</b>
	移送年月日	令和 <b>6</b> 年 <b>12</b> 月 <b>28</b> 日
	付添人の有無及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名 )・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 〒 -
	移送に要した費用の額	<b>60,000</b> 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	<b>医師・歯科医師の証明を受けてください。 記入に不備があった場合は書類を受理 できませんので、ご注意ください。</b>
	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	