

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
	住所	(〒 650 - 0000)	兵庫 都 道 府 県	年 月 日	5 6 0 3 0 1
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 078 (〇〇〇) △△△△	神戸市〇〇区△△通1-2			
<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 健保 花)
	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 27 年 12 月 1 日 続柄(母)
	傷病名	急性心筋梗塞
	発病または負傷の原因	不明
	発病または負傷の年月日	令和 8 年 1 月 1 日
	移送経路	〇〇診療所(〇〇県〇〇郡)~△△総合病院(△△県△△市)
	移送方法	飛行機
	移送年月日	令和 8 年 1 月 1 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	60,000 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 〒 -	

同意欄

私は、保険給付の支給可否決定に係る調査のため、貴健康保険組合が関係機関に対して照会を行うこと、ならびに当該決定に必要な情報を提示することについて同意いたします。また、本同意書の写しも有効に取り扱われることに同意いたします。

令和 **8**年 **5**月 **1**日

対象者署名 **健保 花**

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

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。

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