

健康保険 移送費 支給申請書

被 保 険 者 （ 本 人 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者記号・番号	記号	番号	事業所名称				
	被保険者氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	住 所	〒 -						
	TEL(日中の連絡先)	()						
	<small>記号・番号に代えてマイナンバーで申請する場合は、被保険者のマイナンバーを記入してください。</small>							
	移送を受けた方の氏名			続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	傷 病 名				発病または負傷の年月日	令和	年 月 日	
	発病または負傷の原因							
	移 送 経 路							
	移 送 方 法							
	移 送 年 月 日	令和	年	月	日	移送に要した費用	円	
	付添い人があるときは 付添い人の住所氏名	氏名	住所 (〒 -)					
	第三者行為煮によると きは第三者の住所氏名	氏名	住所 (〒 -)					
	当健康保険の資格を 喪失した方は、振込 先口座ご記入ください。	銀行 金庫 農協		支店・出張所 支店・営業部		支店コード		
	預金 種別	普通・当座	口座 番号			口座名義 (かかけ記入)		

確認欄 (印をつけてください)	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
<input checked="" type="checkbox"/>	

1/2

委 任 状	<p>本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者 _____</p> <p style="text-align: center;">代理人 _____</p> <p style="text-align: center;"><small>(事業所担当者)</small></p>
-------------	--

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	(印)
-----------------------	-----

健康保険 移送費 支給申請書

医師 または 歯科 医師 記入 欄	移送を受けた方の氏名	
	移送を必要と認めた理由（具体的に）	
	付添人を必要と認めた理由（具体的に）	
	移送経路	
	移送方法	
	移送年月日	令和 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日		
医療施設所在地		
医療施設の名称		
医師・助産師の氏名		
T E L		

1. 移送費を請求する場合は、移送支給申請書1/2、2/2を提出してください。
2. この申請書には、移送に要した費用の額を証明する書類（領収書等）を添付してください。
3. 医師または歯科医師の意見は、別の様式にて提出していただいてもかまいません。
4. 上記の書類が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳分を添付してください。