

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	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		
	氏名	(フリガナ)		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
	住所	(〒) (都 道 府 県)				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
☐ 本請求金額の受領を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)※事業主へ委任する場合、下記口座欄の記入は不要です。						

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所 その他 () 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(゚)は1字としてご記入ください。				
	ゆうちょ	記号	1 0 ※	口座番号 (左づめ)		

※通帳の記載がある方のみご記入ください

【添付書類】
領収書の原本

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

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	☐ 被保険者・ ☐ 被扶養者（氏名			）		
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	昭・平・令	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（区間）						
	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	☐ 有（氏名					）・ ☐ 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				