

# 移送費支給申請書 記入例

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- ① 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書（保険証）」に記載されています。
- ② 家族（被扶養者）が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。  
被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。  
（住所、振込先口座も同様です。）
- ③ 振込先を事業主へ委任する場合は、チェックしてください。
- ④ ①の被保険者等記号・番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

\* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

**注：骨髄液又は臍帯血の搬送に係る申請は「療養費支給申請書」をご使用ください。**

1
2

**健康保険 移送費 支給申請書**

被保険者(申請者)記入用

①	被保険者等 記号・番号 (英数字) 記号 <input type="text" value="987"/> <input type="text" value="654321"/>	番号 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	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
②	氏名 姓 <input type="text" value="ケンポ"/> <input type="text" value="タロウ"/> 名 <input type="text" value="健保"/> <input type="text" value="太郎"/>	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 <input type="text" value="00"/> <input type="text" value="0"/> 月 <input type="text" value="0"/> 日	④
③	住所 (〒 <input type="text" value="110"/> - <input type="text" value="0000"/> ) <input type="text" value="東京"/> <input type="text" value="墨田区"/> <input type="text" value="〇〇"/> 電話番号 (住宅の場合) TEL. <input type="text" value="090"/> ( <input type="text" value="1234"/> ) <input type="text" value="〇〇〇〇"/> <input type="text" value="1-2-3"/> <input type="text" value="〇〇"/> <input type="text" value="マンション"/> <input type="text" value="××"/> 号		
<input type="checkbox"/> 本請が全額を受領を事業主へ委任します。(委任する場合は必ず) *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 <input type="text" value="〇〇〇〇"/> <input type="text" value="△△△△"/>	種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 振替 <input type="checkbox"/> 口座 <input type="text" value="1234567"/>
	口座名義 (カタカナ) <input type="text" value="ケンポ"/> <input type="text" value="タロウ"/>	
	ゆうちょ 記号 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> ※ <input type="text" value=""/>	口座番号 (英数字) <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>

※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

日本自動車部品工業健康保険組合 1/2

# 移送費支給申請書 記入例

健康保険 移送費 支給申請書

被保険者(申請者)・被扶養者記入用

5	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 花子 )
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	昭和 〇 年 〇 月 〇 日 続柄( 妻 )
6	傷病名	脳出血(妊娠〇〇週)
	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 〇 年 〇 月 〇 日
	移送経路(区間)	〇〇産婦人科医院から××総合病院まで
	移送方法	〇〇〇〇
	移送年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 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	××,××× 円
7	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 〒 -

8	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	
	上記のとおり経過ありません。	令和 年 月 日
	住所 〒 -	
	医師または歯科医師の 氏名	

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 5 受診者が家族(被扶養者)の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。
- 6 打撲、骨折、捻挫等の外傷性の場合は、別途「負傷原因届」の提出が必要となります。
- 7 該当される場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。  
詳しくは、医療施設課にお問い合わせください。
- 8 移送を必要と認めた医師等の証明を受けてください。

\* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。