

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 ()			
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）					

振込先指定口座	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	☐ 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号		左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(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。) 			口座名義 の区分 ☐ 1. 申請者 2. 代理人

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日	
		氏名	住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	(〒 —) TEL () 住所 (フリガナ) ----- 氏名	委任者と 代理人との 関係

「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

(R6.10)

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	☐ 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	令和	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						
	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				