

被保険者(申請者)情報

|                                                                                           |                                        |                   |                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者証の<br>(右づめ)                                                                           | 記号<br><div></div>                      | 番号<br><div></div> | 生年月日<br><div><div><input type="checkbox"/> 昭和</div><div><input type="checkbox"/> 平成</div><div><input type="checkbox"/> 令和</div></div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> |
| 氏名                                                                                        | (フリガナ)<br>-----                        |                   |                                                                                                                                                                                                                     |
| 住所                                                                                        | (〒      —      )      (都   道<br>府   県) |                   |                                                                                                                                                                                                                     |
| 電話番号<br>(日中の連絡先)                                                                          | TEL      (      )                      |                   |                                                                                                                                                                                                                     |
| <input 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

☐ 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☒ 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。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

|            |                                                                        |      |                                                                      |
|------------|------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------|
| 金融機関<br>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       | <div><input type="checkbox"/> 1. 普通   3. 別段<br/>2. 当座   4. 通知</div>    | 口座番号 | <div></div> 左づめてご記入ください。                                             |
| 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。)<br><div></div>   |      | 口座名義<br>の区分<br><div><input type="checkbox"/> 1. 申請者<br/>2. 代理人</div> |

受取代理人の欄

|                |                                                                   |                                    |
|----------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 被保険者<br>(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。 <div>令和      年      月      日</div> |                                    |
|                | 氏名                                                                | 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ             |
| 代理人<br>(口座名義人) | 住所<br>(フリガナ)<br>-----<br>氏名                                       | 委任者と<br>代理人との<br>関係<br><div></div> |

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です  
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

(R4.6)

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            | <input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 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<br>及びその住所   | <input type="checkbox"/> 有（氏名                                   |   |   |   |     | ）・ <input type="checkbox"/> 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<br>及びその住所 | 氏名                 |                                                                 |   |   |   |     |                               |
|                  | 〒                  |                                                                 |   |   |   | -   |                               |

|                |                 |    |   |   |   |  |
|----------------|-----------------|----|---|---|---|--|
| 医師・<br>歯科医師記入欄 | 移送を必要と<br>認めた理由 |    |   |   |   |  |
|                | 付添を必要と認<br>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 |   |   |   |  |