

健康保険 被保険者 移送費支給申請書  
被扶養者

事業所	健保		
担当	担当	事務長	常務理事

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	提出日	令和 年 月 日	<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)			
	保険証の記号・番号 (右づめ)	被保険者 (申請者) 所属・氏名	(フリガナ)			
	6 7 6 8		○			
	被保険者の生年月日		年齢	被保険者の住所		
	昭和 平成 令和	年 月 日	歳	〒		
			電話 ( )		-	
	被扶養者が移送を受けたときは、その方の	氏名	(フリガナ)	生年月日	年齢	被保険者との続柄
				昭和 平成 令和	歳	
	傷病名	発症・負傷の原因を詳しく		第三者行為によるものですか		
					0 : いいえ 1 : はい	
診療等の支給又は手当を受けた病院等の	名称			診療を担当した医師の氏名		
		所在地				
移送を受けた区間、移送期間および費用の請求	区間	(フリガナ)	移送後	入院	入院外	
			から	移送先	病院	
			まで			
	移送期間 (請求期間)	移送回数	移送に要した費用の額	距離	利用交通機関	
年 月 日 から	回	円	km			
年 月 日 まで						
受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人 (事業所の事業主) に委任します。					
	受取方法		代理人			
	<input type="checkbox"/>	給与振込	(事業所名)			
健 保 記 入 欄	支給算出額				決定額	
					円	

※ 太枠内を記入してください。  
 ※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、上部余白へ記載してください。(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。)

事 業 所 の 事 業 主 以 外 の 受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				
	令和 年 月 日				
	被保険者 (申請者)	住所 氏名			
	代理人の氏名	(フリガナ)	委任者と代理人の関係		
	代理人の住所	〒			
	手当金の振込希望口座 (請求者の口座)				
	(銀行コード)	(支店コード)	支店	普通当座	口座番号 (右づめ)
	銀行 金庫 農協				
	口座名 (カタカナで記入)				

支払印