

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 00年 00月 00日	<input checked="" 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) ヤスカワ タロウ		
	6 7 6 8	× × × × × × ×	八総	安川 太郎	
	被保険者の生年月日	年齢	被保険者の住所		
	昭和 平成 令和	00年 00月 00日	×× 歳	〒 806-1234 北九州市八幡西区△△町××番××号 電話 (093) ○○○ - ××××	
	被扶養者が移送を受けたときは、その方の	氏名	生年月日	年齢	被保険者との続柄
		該当せず	昭和 平成 令和	歳	
	傷病名	脳出血	発症・負傷の原因を詳しく	第三者行為によるものですか	
			自宅で倒れ意識を失ったため△△ 外科医院に行ったが手に負えな かった	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	△△外科医院		診療を担当した医師の氏名
	所在地	北九州市八幡西区△△町××番××号		△△ 一郎	
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) サカサカマチ	かかぢョウ	移送後	入院 入院外
		△△町	から	××町	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
	00年 00月 00日 から	1 回	5,300 円	6 km	タクシー
	00年 00月 00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 checked="" type="checkbox"/> 給与振込	(事業所名)	(株) 安川電機 または (Y E)		
健 入 保 記 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