

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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 [][] [][] [][][][]
	住所	(〒 [][] - [][][][]) 都 道 府 県 [][] [][][][]		
	電話番号 (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	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。			
	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	普通	口座番号 (左づめ)	[][][][][][][][][][][][][][][]
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

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に委任します。			令和 [][] 年 [][] 月 [][] 日
	被保険者 (申請者)	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)	住所 (フリガナ) -----	(〒 [][] - [][][][]) TEL ([][][][])	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。>>>

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 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 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	-----			