

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

| | | | | | | | |
|---|-----------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|
| 被保険者(申請者)情報 | 記号 | 番号 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| | 被保険者証の (右づめ) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="text"/> | | |
| | 氏名 | (フリガナ) _____ | | | | | <input type="checkbox"/> 平成 |
| | 住所 | (〒 _____) | 都 道 | 府 県 | <input type="checkbox"/> 令和 | | |
| 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。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 名称 | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所 | |
| | 預金種別 | <input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知 | 口座番号 | <input type="text"/> | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人 |
| <input type="checkbox"/> 左づめでご記入ください。 | | | | | | |

| | | | | | |
|---------|----------------|--------------------------------|------------------------|-----------|----------------------------|
| 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 |
| | 代理人 (口座名義人) | 住所 | 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ | | |
| | 氏名 | (〒 _____) | 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。>>>

- ・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

被保険者のマイナンバー記載欄

(R4.10)

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 | | | |