

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 1 2 3 4	番号 5 6 7 8	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	0 4 0 1 0 1	
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎				
	住所	(〒 453 - 0015)	愛知	都道 府県	名古屋市中村区椿町3番21号	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 052 (451) 0291				

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

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。

振込先指定口座	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	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号
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

左づめてご記入ください。

1. 申請者
2. 代理人

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(R4.6)

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 checked="" 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	昭和 40 年 1 月 1 日 続柄 (本人)
	傷病名	左大腿骨骨折
	発病または負傷の原因	転倒
	発病または負傷の年月日	令和 4 年 4 月 20 日
	移送経路	名古屋市〇〇区→名古屋市〇〇区
	移送方法	タクシー
	移送年月日	令和 4 年 4 月 20 日
	付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名)・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 〒 -
	移送に要した費用の額	15,000 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		