

記入例

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	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		
	記号・番号 (左づめ)	1 2 3 4	5 6 7 8		
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 5 0 0 1 0 1
	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	
<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☑)					

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☑ 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。				

「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 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 50 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 6 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 6 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	