**被保険者(申請者)記入用**

**1**

２

**健康保険**

**移送費**

**支給申請書**

生年月日

年

月

日

番号

記号

* 昭和
* 平成
* 令和

被保険者証の

（右づめ）





**被保険者（申請者）情報**

自署の場合は押印を省略できます。

（フリガ ナ）

氏名・印

都 道

府 県

）

－

（〒



住所



）

（

TEL

電話番号

（日中の連絡先）

□ 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** | 銀行 金庫 信組 本店 支店  金融機関 農協 漁協 出張所  名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 その他 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 本所 支所 | | | | |
| １.普通 ３.別段  預金種別 ２.当座 ４.通知 | 口座番号 |  | 左づめでご記入ください。 | |
| ▼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 | | | 口座名義の区分 | １.申請者 ２.代理人 |

「２」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。氏名・印 |  | 住所 | 令和 年 月 日  「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ | |
| 代理人  （口座名義人） | （〒 － ） TEL  住所  （ﾌﾘｶﾞﾅ）  氏名・印 | （ |  | ） | 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。〉〉〉**

（元.5）

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印



･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

移送を必要と

認めた理由

付添を必要と認めた理由

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

移送年月日

移送方法

移送経路

**被保険者(申請者)･療養担当者記入用**

**医師・歯科医師記入欄**

**1**

２

**健康保険**

**移送費**

**支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請内容** | 移送を受けた方 | □ 被保険者・□ 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 | □ 有 (氏名 |  |  | )・□ 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 | | | | |
| 〒 ‐ | | | | |