

健康保険 被保険者 移送費 支給申請書

家族

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	被保険者氏名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒		電話番号 (日中の連絡先)	()
				提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

振込先	金融機関名称	銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連 支店・本店・出張所 支所・本所	金融機関・支店コード	—
	口座名義 (カタカナで記入)		預金種別	普通・当座・その他 ()
	公金受取口座	<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、上記の口座情報の記入は不要です。)		

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日
		代理人 (口座名義人)	住所 氏名 被保険者との関係 ()

申請内容	受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ	
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日 続柄 ()	
	傷病名		発病又は負傷年月日	平・令 年 月 日	
	発病又は負傷の原因				
	移送の経路	移送元:	から	移送先:	まで
	移送の手段及び距離	手段: <input type="checkbox"/> 専用車 <input type="checkbox"/> 鉄道 <input type="checkbox"/> その他 ()	距離:	km	
	移送期間及び回数	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日	まで	(回数 回)
移送に要した費用	円				

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄