

# 健康保険 移送費 支給申請書

記入例

被保険者情報	記号	番号	生年月日
	被保険者等記号・番号	1 1 4 1 1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 3 年 2 月 10 日
	氏名	フリガナ サカイ タロウ 堺 太郎	電話番号 080-1111-2222
	住所	(〒 123-4567) ○○県△△市□□ 1-1-1	

振込先指定口座	金融機関名称	ヒツコシ <small>銀行</small> <small>(金庫)</small> <small>(信組)</small> <small>(本店)</small> <small>(支店)</small>	サカイ <small>(農協)</small> <small>(漁協)</small> <small>(出張所)</small> <small>(本所)</small> <small>(支所)</small>
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 別段 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 通知	口座番号 7 6 5 4 3 2 1
	口座名義	▼姓と名の間は1マスあけてご記入ください。 サ カ イ ハ ナ コ	口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 代理人
		代理人の場合は必ず「受取代理人欄」に記入・押印をしてください。	

受取代理人欄	被保険者の氏名・印	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。 堺 太郎 <small>印</small>	令和 7 年 4 月 1 日
	住所	〒 123-4567 ○○県△△市□□ 1-1-1	被保険者と代理人の関係 妻
	代理人の情報	フリガナ サカイ ハナコ 氏名 堀 花子	電話番号 080-3333-4444

申請書は2枚目に続きます。>>>

健保組合使用欄			
常務理事	事務長	担当	担当
この欄は記入不要です。			

# 健康保険 移送費 支給申請書

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: )
	被扶養者の場合、 生年月日及び続柄	【生年月日】 令和 年 月 日 【続柄】
	傷病名	腕部骨折
	発病または負傷の原因	引越作業中に階段から転落した
	発病または負傷の年月日	令和 7 年 2 月 10 日
	移送経路	〇〇市△△1-1-1 ~ □□町××5-4-3
	移送方法	寝台自動車
	移送年月日	令和 7 年 2 月 11 日
	付添人の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (氏名: )
	有りの場合、 その方の住所	〒
移送に要した費用の額	3,600 円	
第三者行為による時は その事実・状況		
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	「医師・歯科医師記入欄」は、移送を認めた医師に
	移送経路	記入いただいてください。
	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
医師または 歯科医師の 【住所】	【住所】 〒	
【氏名】	【氏名】	
	印	