

健康保険 移送費 支給申請書

記入例

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 1 1 4 1	番号 1 2 3 4 5 6	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	3 年 2 月 1 0 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	(〒 1 2 3 - 4 5 6 7) 〇〇県△△市□□ 1-1-1			

振込先指定口座	金融機関 名称	ヒッコシ (銀行) (金庫) (信組) (農協) (漁協) (その他) ()		サカイ (本店) (出張所) (支店) (本所) (支所)
	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。		令和 7 年 4 月 1 日
	代理人の 情報	住所	〒 123-4567 〇〇県△△市□□ 1-1-1	被保険者と 代理人の 関係 妻
		氏名	フリガナ サカイ ハナコ 堺 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	記入いただってください。
	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】 〒	
	【氏名】	印