

健康保険

移送費

支給申請書

健康 保 険 組 合 使 用 欄	支 給 決 定 額								支 給 期 間			常務理事	事務長	担当者
									年	月	日			
									年	月	日			
									日間					
	48 移送費								資 格 取 得 日		年 月 日			
									資 格 喪 失 日		年 月 日			
									被 扶 養 者 認 定 日		年 月 日			

被 保 険 者 (申 請 者) 情 報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者 記号・番号					☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和
	氏名	(フリガナ)				
	住所	(〒) (都 道 府 県)				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				

振 込 先 指 定 口 座	□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） 利用するに☑した場合、次の項目も回答ください。 □健康保険組合への申請で公金受取口座を利用したことがある。 □前回の申請時（ 年 月 ）から公金受取口座は変わっていない。 注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。																																								
	金融機関 名称	☐ 銀行 ☐ 金庫 ☐ 信組 ☐ 本店 ☐ 支店 ☐ 農協 ☐ 漁協 ☐ 出張所 ☐ その他 () ☐ 本所 ☐ 支所																																							
	預金種別	☐ 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号							左づめでご記入ください。																															
	口座名義	▼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。） <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																							

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

(R7.1)

受付日付印

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記入ください。
(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。)

備 考 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	☐ 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						
	〒					-	

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				