

健康保険 被保険者 移送費 支給申請書
家族

立替払・治療用装具・海外

被保険者情報	被保険者証 記号	番号	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	氏名・印	(フリガナ) 印 ← 自署の場合は押印を省略できます。		
	住所	〒 ー 都・道 府・県		
	電話番号 (日中の連絡先)	()		
事業所名称	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✓)		

【当健康保険組合を資格喪失した方・被保険者死亡のため遺族が申請する場合】 下記振込先をご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人		

※原則、事業所以外の代理人への給付金支払いは行っておりません。

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	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・印 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	平・令 年 月 日 から 平・令 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 (被保険者証の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

印