

# 健康保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書

|        |       |                |    |      |                      |                                               |   |   |
|--------|-------|----------------|----|------|----------------------|-----------------------------------------------|---|---|
| 被保険者情報 | 被保険者等 | 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<br>府・県 |    |      | 電話番号<br>(日中の連絡先)     | ( )                                           |   |   |
|        | 事業所名称 |                |    |      | 受領委任<br>(チェック必須)     | <input type="checkbox"/> 在職中の給付金は事業主経由で受領します。 |   |   |

【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。

|        |                   |                       |        |              |
|--------|-------------------|-----------------------|--------|--------------|
| 退職者記入欄 | 振込先金融機関名称         | 銀行・金庫・信組<br>農協・その他( ) | 預金種別   | 普通・当座・その他( ) |
|        | 口座名義<br>(カタカナで記入) | 支店・本店・出張所<br>その他( )   | 口座番号   |              |
|        |                   |                       | 口座名義区分 | 被保険者・申請者     |

|     |                                    |                |      |   |                  |             |
|-----|------------------------------------|----------------|------|---|------------------|-------------|
| 申請者 | 被保険者死亡により口座名義が被保険者と異なる場合のみご記入ください。 | 申請者<br>(口座名義人) | 住所   | 〒 | 電話番号<br>(日中の連絡先) | ( )         |
|     |                                    |                | 氏名・印 |   | 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<br><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