

# 健康保険 被保険者 移送費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号・番号		被保険者の生年月日				
	—		昭・平				
	被保険者の (申請者) 氏名と印	フリガナ	事業所 の 印		名 称	所在地	
	被保険者の (申請者) 住 所	郵便番号	フリガナ	電話番号			
	被扶養者が移送を受 けたときはその者の		氏名	生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	被保険者 との続柄
	傷病名	発病又は、負傷年月日(療養開始日)					
					平成 年 月 日		
	発病又は負傷の 原因を詳しく				第三者行為によるものですか 1:いいえ 2:はい		
	診療等又は手当を 受けた病院あるいは 診療所(医院)の	名称	診療を担当した 医師等の氏名				
			所在地	1:入院外 2:入院			
	移送を受けた 区間、移送期 間及び費用の 請求	区間	フリガナ	フリガナ	移送後	1:入院外 2:入院	
			から	まで	移送先	病院	
			移送期間(支給対象期間)		移送回数	距離	利用交通機関
			年 月 日 ~	年 月 日	回	km	
	被 保 険 者 銀 行 口 座	銀行名	銀 行 金 庫 農 協		支店名	本 店 支 店 出張所	
口座番号		普通	口座名義		(フリガナ)		

マイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載して下さい。当健保にマイナンバーの届出がない方は、マイナンバーカード(両面写)を添付して下さい。  
なお、マイナンバーカードをお持ちでない方は、通知カード(写)またはマイナンバー付きの住民票と運転免許証等の顔写真付きの身分証明(写)を添付して下さい。

マイナンバー記載の本申請書提出を事業主へ委任します。(事業主経由にて申請の場合、レ点)

※	支給回数	支給算出額	海外表示	(備考)
	回	円	1:国内 2:海外	

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				平成 年 月 日提出
	平成 年 月 日				<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">             受付日付印           </div>
	住所	被保険者 (申請者) 氏名			
代理人の 氏名と印	フリガナ	委任者と代理人との関係			
代理人 の住所	〒	—			