

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
				<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>
	住所	(〒 -)	都 道	府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)					

委任状	<input checked="" type="checkbox"/> 事業主 委任払いを利用する。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> のうえ、下記の欄を記入。)				
	被保険者 氏名				印
	※被保険者本人が署名した場合は押印は不要です。				
代理人	事業主	住所	(〒 -)		
事業主 代表者名				印	

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。)				
	注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。				
	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	普通	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>		
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。				
	<input type="text"/>				

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

支給決定額	円
-------	---

受付日付印

回覧印	常務理事	事務長	担当
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 (氏名)・ <input type="checkbox"/> 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			