

健康保険 移送費 支給申請書

1 2

被保険者(申請者)記入用

常務理事	事務長	課長	担当者

被保険者(申請者)情報	記号	1 2 3	番号	4 5 6 7 8 9 0	生年月日	年	月	日
	被保険者証の(右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	5 0 0 9 0 1		
	氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎		印	自署の場合は押印を省略できます。		
	住所	(〒 ××× - ××××)	東京		都道府県	〇〇〇		
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"/>)								

振込先指定口座	金融機関名称	〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他()	×××	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1	1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	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。)			口座名義の区分
ケンポ タロウ			1. 申請者 2. 代理人		

※原則、被保険者のご本人口座へのお振込みになります。

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和	年	月	日
	氏名・印			印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人(口座名義人)	(〒 -)	TEL ()	委任者と代理人との関係			
	住所(フリガナ)			氏名・印	印		

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です
 ・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
 被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(1.5)
受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

記載不要



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 checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名 健保 花子)
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	平成 1 年 7 月 30 日 続柄(長女)
	傷病名 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	左大腿骨骨折
	発病または負傷の原因	離島で交通事故、緊急手術が必要だったが島内の病院に設備がなかった
	発病または負傷の年月日	令和 1 年 7 月 30 日
	移送経路	〇〇県〇〇市〇〇病院から、〇〇県〇〇市〇〇病院
	移送方法	ヘリコプター
	移送年月日	令和 1 年 7 月 30 日
	付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名)・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 〒 -
	移送に要した費用の額	〇〇〇〇 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		印