

常務理事	事務長	課長	担当者

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	
	氏名 (フリガナ)	-----				
	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☑)						

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☑ 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。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。					
	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>		
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	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

「2」の場合は必ずご記入ください

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	
	代理人 (口座名義人)	住所	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	住所	(〒)	TEL ()	委任者と 代理人との 関係	
	氏名	-----			

「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

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

(R4.6)
受付日付印

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			

移送費支給要件(すべて満たしていること) 健康保険法 施行規則第81条

- ①移送により適切な療養が受けられること
- ②移送の原因である疾病又は負傷により移動することが著しく困難であったこと
- ③緊急その他やむを得なかったこと(一刻も早く設備の整った医療機関に移送しないと生命が救えないほどの緊急性がある場合等)