

被保険者(申請者)情報					申請日	年 月 日	
	被保険者証の (右づめ)	記号 [][][][][]	番号 [][][][][][][][][][]	生年月日			年 月 日
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			[][][][][][][][][]
	氏名・印	(フリガナ) -----					
	住所	(〒 _____)				都 道 府 県	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL (_____)						
この書面に記載する個人情報を健保組合が公表している利用目的のために取得・利用・第三者へ提供することに同意いたします。							

支給決定額は給与支給します。給与支給のできない方のみ「振込先指定口座」を記入してください。

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 (_____)				本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 <input type="checkbox"/> 2.当座 <input type="checkbox"/> 3.別段 <input type="checkbox"/> 4.通知	口座番号	[][][][][][][][][][]	左づめでご記入ください。		
	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(ˇ)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				
		氏名・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	(_____)		
		住所 (フリガナ) -----	氏名・印			
			委任者と代理人との関係			

(元.5)

「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 []

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)・療養担当の医師記入用

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				