

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	被保険者証の (右づめ)	記号 1 0 0 1	番号 0 0 0 0 0 0 0	生年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	0 1 0 4 0 1
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子				
	住所	(〒 541 - 0000) 大阪 都道府県 ○○区△△1-2-3				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 06 (0000) 0000				
<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	○○○○	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 3.別段 2.当座 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(ˆ)は1字としてご記入ください。)			口座名義の区分
左づめでご記入ください。 1.申請者 2.代理人					

「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	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	委任者と代理人との関係
	(フリガナ)			
	氏名・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

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

(29.3)

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

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 checked="" type="checkbox"/> 被保険者・ <input 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 4 月 1日 続柄(本人)
	傷病名	左大腿骨骨折
	発病または負傷の原因	※ケガの場合は負傷原因届と併せてご提出ください
	発病または負傷の年月日	令和 1 年 5 月 7 日
	移送経路	大阪市中央区難波 から 大阪市天王寺区本町
	移送方法	症状が重篤なため寝台タクシーを利用
	移送年月日	令和 1 年 5 月 7 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	15,000 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	緊急に手術を要するも当院に設備がなく、また症状重篤のため寝台タクシーで施設の整った中央病院に搬送する必要があったため
	付添を必要と認めた理由	
	移送経路	大阪市中央区難波 から 大阪市天王寺区本町
	移送方法	症状が重篤なため寝台タクシーを利用
	移送年月日	令和 1 年 5 月 7 日
上記のとおり相違ありません。		令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
住所		〒 542 - 〇〇〇〇 大阪市中央区難波〇-〇-〇 △△△病院 (03-3320-1100)
医師または歯科医師の	氏名	浪速 太郎