

健康保険 移送費 支給申請書

被保険者	被保険者証	記号		被保険者氏名
		番号		

下記のとおり移送費の支給を申請します。

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： _____ 続柄： _____）	
	傷病名		発病または負傷の年月日
	発病・負傷の原因		令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	移送経路		移送年月日
	移送方法		令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	付添人の有無及びその住所	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 : 氏名 _____ 〒 _____	
移送に要した費用	円 _____	第三者の行為による ときはその事実	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する …… 別途届出が必要です

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		移送年月日	
	移送方法		令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
上記のとおり相違ありません。		令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
	医療機関等の所在地	〒 _____		
	医師または 歯科医師の 氏名	医療機関等の名称		

※ 保険証の記号が「1300」の方や 請求時に退職されている方は、①振込先口座をご記入ください。（ゆうちょ銀行の取扱いはありません）
上記以外の方は、事業所経由で支給されますので ②委任状をご記入ください。

① 振込先口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合 <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"/> 支所	預金種別	1. 普通 2. 当座
	口座番号	_____	(フリガナ) (_____) 口座名義	口座名義の区分	1. 申請者 2. 代理人
※「代理人」が当健保加入の被扶養者以外の場合は、被保険者との続柄を証明する書類を添付してください。					
② 委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。				令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
		被保険者 (申請者)	住所 氏名		

【被保険者のマイナンバー記載欄】 ※上記に被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。

マイナンバーで申請の場合：1. 本人確認のため、通知カード等の写しも添付してください。
2. 申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。

健保受付印

添付書類

(1) 移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)の原本を添付してください。
(2) 上記の書類が外国語で記載されている場合は、
翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。