

健康保険 被保険者 被扶養者 移送費支給申請書

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号	番号	所属事業所及び部署名	電話(内線)	
	被保険者氏名	フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日 平成	
	被保険者住所電話番号	〒				電話 ()
	社員番号			メールアドレス		

申請内容	移送対象者(該当に○)	本人(被保険者)・家族(被扶養者)		移送対象者氏名		
	傷病名			移送対象者の生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	傷病又は負傷の原因					
	発病又は負傷の年月日	平・令	年 月 日	移送年月日	令和 年 月 日	
	移送の区間	自			移送の経路及び方法	経路
		至				方法
	移送に要した費用の額	円		付添人の有無	有 ・ 無	
	やむを得ない理由で移送後に届け出る場合、その理由					
交通事故等第三者が原因ですか	いいえ ・ はい		業務上、通勤途上によるものですか	いいえ ・ はい		
※「はい」の場合は、別途届出が必要です。			※「はい」の場合は、別途届出が必要です。			

医師又は歯科医師の意見	移送対象者氏名		移送年月日	令和 年 月 日	
	傷病名		移送先		
	傷病又は負傷の原因				
	移送の経路		移送の方法		
	移送が必要と認められた理由 (付き添いがあったときはその付き添いを必要と認められた理由)				
	上記の通り移送の必要を認めます。		住所	電話	氏名
令和 年 月 日					

※在職者は、委任状欄に記入してください。

委任状	<input type="checkbox"/> ①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。		←該当するものにチェック☑して下さい。	
	<input type="checkbox"/> ②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。			
	日付	令和 年 月 日		
	被保険者(申請者)	氏名		
代理人(実際に給付を受領する者)	氏名			

※任継・退職者は、振込先情報を記入してください。

振込先情報	金融機関コード		支店コード	
	金融機関名称	銀行		本店
		信用金庫		支店
預金種別	普通 其他 当座 ()	口座番号		口座名義(カタカナ)

【添付書類】

1. 移送に要した費用の領収書及び明細書

備考	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要) ※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点
----	--

受付日付印