

健康保険 被保険者 移送費 支給申請書 家 族

被 保 険 者 情 報	被保険者証	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	氏名・印	(フリガナ)			印			← 自署の場合は押印を省略できます。 ただし、受領を代理人に委任する場合は 委任状と同じ印を押印ください。
	住所	〒	—	都・道 府・県				
	事業所名称				電話番号 (日中の連絡先)	()		
				提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)			

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の移送費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)	口座名義区分 被保険者(申請者)・代理人		

委 任 状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。 代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	年	月	日
		代理人 (口座名義人)	住所	氏名・印		
			氏名・印	被保険者との関係()		

申 請 内 容	受診者(どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ	
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	年 月 日 続柄()	
	傷病名	発病又は負傷年月日		年 月 日	
	発病又は負傷の原因				
	移送の経路	移送元:	から	移送先:	まで
	移送の手段及び距離	手段: <input type="checkbox"/> 専用車 <input type="checkbox"/> 鉄道 <input type="checkbox"/> その他()	距離:	km	
	移送期間及び回数	年 月 日 から	年 月 日 まで	(回数 回)	
移送に要した費用	円				

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

受付日付印


マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印


健康保険 被保険者 家族 移送承認申請書・移送届

被 保 険 者 情 報	被保険者証	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)			 ← 自署の場合は押印を省略できます。 ただし、受領を代理人に委任する場合は 委任状と同じ印を押印ください。		
	住所	〒	—	都・道 府・県			
	事業所名称				電話番号 (日中の連絡先)	()	
				提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)		

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の移送費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申 請 内 容	受診者(どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ			
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	年	月	日	続柄()	
	傷病名				発病又は負傷年月日	年	月	日
	発病又は負傷の原因							
	移送を必要とする理由							
	移送区間及び回数				から	まで	()	回
	移送前に提出できなかったときはその理由							

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

医 師 ・ 歯 科 医 師 記 入 欄	患者氏名								
	傷病名								
	移送を必要と認めた理由								
	移送方法								
	移送区間及び回数				から	まで	()	回	
	上記のとおり移送の必要を認めます。							年	月
所在地									
医療機関等名称									
医師・歯科医師の氏名							電話番号	()	

受付日付印