※支給額					円

健康保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書

被保険者情報

① 被保険者等記号・番号	記号　　番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください	
③ 氏名	（フリガナ）	② 生年月日	昭和・平成　年　月　日
④ 住所	〒　－　都・道 府・県		
		⑤ 電話番号（日中の連絡先）	（　　）
⑥ 事業所名称		⑦ 問い合わせ先（チェックが無い場合は事業所へ連絡いたします）	☐ 被保険者　☐ 事業所　☐ 社労士

◎【ご注意ください】 家族（被扶養者）の方の療養費であっても、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

⑧ 受診者（どちらかに✔）	☐ 被保険者　☐ 家族（被扶養者）		
⑨ 家族の場合はその方の	氏名　生年月日　昭和・平成 令和　年　月　日　続柄（　　）		
⑩ 傷病名		⑪ 発病又は負傷年月日	平成 令和　年　月　日
⑫ 発病又は負傷の原因		⑬ 第三者行為によるものですか	はい　・　いいえ
		⑭ はいの場合	氏名 住所
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：☐ 専用車　☐ 鉄道　☐ その他（　　）　距離：　km		
移送期間及び回数	令和　年　月　日 から　令和　年　月　日 まで　（回数　回）		
移送に要した費用	円		

振込先

公金受取口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は、下記の口座情報の記入は不要です。）		
金融機関名称	銀行コード 銀行・金庫・信組 農協・その他（　　）	預金種別	普通・当座・その他（　　）
	支店コード 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

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。 氏名
受領代理人	氏名

◎振込先欄には被保険者（③欄の方）の口座または、事業所より届出されている口座をご記入ください。
◎委任状欄は事業所より届出されている口座へ振込みする場合のみご記入ください。

受付日付印

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			
① 被保険者等記号・番号	記号　　番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください	
③ 氏名	（フリガナ）	② 生年月日	昭和・平成　年　月　日
④ 住所	〒　－　都・道 府・県		
		⑤ 電話番号（日中の連絡先）	（　　）
⑥ 事業所名称		⑦ 問い合わせ先（チェックが無い場合は事業所へ連絡いたします）	☐ 被保険者　☐ 事業所　☐ 社労士

◎【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			
⑧ 受診者（どちらかに✔）	☐ 被保険者　☐ 家族（被扶養者）	⑨ 第三者行為によるものですか	はい・いいえ
⑩ 家族の場合はその方の	氏名　生年月日　昭和・平成 令和　年　月　日　続柄（　　）		
⑪ 傷病名		⑫ 発病又は負傷年月日	平成 令和　年　月　日
⑬ 発病又は負傷の原因			
⑭ 移送を必要とする理由			
⑮ 移送区間及び回数	から　まで　（　回）		
⑯ 移送前に提出できなかったときはその理由			

医師・歯科医師記入欄	
㋐ 患者氏名	
㋑ 傷病名	
㋒ 移送を必要と認めた理由	
㋓ 移送方法	
㋔ 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。　㋕ 令和　年　月　日

㋖ 所在地

㋗ 医療機関等名称

㋘ 医師・歯科医師の氏名　電話番号　（　　）

受付日付印