

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 平成	年 月 日
	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				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。					

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 た理由 (付き添いがあつたとき はその付き添いを必要 と認めた理由)						
	上記の通り移送の必要を認めます。		住所				
	令和	年 月 日	電話 氏名				

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委 任 状	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。			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			

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 信用金庫				本店 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)		受付日付印
	※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		