

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者証の (右づめ)	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/>
	氏名	(フリガナ) -----		
	住所	(〒) 都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)				

振 込 先 指 定 口 座	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。			
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()		本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)			口座名義 の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人
	<input type="text"/>			

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 氏名	令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所 (フリガナ) ----- 氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
		(〒) TEL ()	委任者と 代理人との 関係

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

- 被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- マイナンバーを記載した場合は、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

被保険者のマイナンバー記載欄

(2023.4)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)・療養担当者記入用

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)			
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日 続柄 ()
	傷病名				
	発病または負傷の原因				
	発病または負傷の年月日	令和	年	月	日
	移送経路				
	移送方法				
	移送年月日	令和	年	月	日
	付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名)・ <input type="checkbox"/> 無 〒 -			
	移送に要した費用の額	円			
	第三者行為によるときはその事実				
第三者の氏名 及びその住所	氏名 〒 -				

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				
	移送方法				
	移送年月日				
	上記のとおり相違ありません。	令和	年	月	日
	住所	〒	-		
	医師または歯科医師の	氏名			

ご本人の記入例

被保険者(申請者)情報	記号	1	番号	12345	生年月日	年	月	日
	被保険者証の(右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	3	7	0
	氏名	(フリガナ) ヤマダ タロウ			<input type="checkbox"/> 平成	6	0	1
		山田 太郎			<input type="checkbox"/> 令和			
住所	(〒 231 - 0000)	神奈川県	横浜市中区	●●町1-2				
電話番号(日中の連絡先)	TEL 045 (224) 1234							
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)								

振込先指定口座

退職した方のみ記入ください。
(こちらに記入する場合、名義区分は1.申請者にしてください)
※公金口座受取払いは支払日まで日数がかかります。

退職した方のみ記入

口座名義の区分 2 1.申請者 2.代理人

受取代理人の欄

本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 6年 3月 8日

被保険者(申請者) 氏名 山田 太郎

2.代理人の時のみ記入

被保険者の会社証明欄

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

未記入

(2023.4)

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)・療養担当者記入用

申請内容	移送を受けた方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名)
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 37年 6月 1日 続柄(本人)
	傷病名	外傷性くも膜下出血
	発病または負傷の原因	転倒による頭部打撲
	発病または負傷の年月日	令和 5年 12月 2日
	移送経路	ドクターヘリにて●●クリニック→●×大学病院
	移送方法	転倒による頭部打撲
	移送年月日	令和 5年 12月 2日
	付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名)・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 〒 -
	移送に要した費用の額	500,000 円
	第三者行為によるときはその事実	
第三者の氏名 及びその住所	氏名 〒 -	

医師・
歯科医師記入欄

移送

医師の証明欄

ご家族の記入例

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の(右づめ)	1	12345	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	37	06	01
	氏名	(フリガナ) ヤマダ タロウ	山田 太郎	<input type="checkbox"/> 平成			
	住所	(〒 231 - 0000)	神奈川県 横浜市中区●●町1-2	<input type="checkbox"/> 令和			
電話番号(日中の連絡先)	TEL 045 (224) 1234						
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)							

振込先指定口座

退職した方のみ記入ください。
(こちらに記入する場合、名義区分は
1.申請者にしてください)
※公金口座受取払いは支払日まで日数がかかります。

退職した方のみ記入

口座名義の区分 2 1.申請者 2.代理人

受取代理人の欄

本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。

令和 6年 3月 8日

被保険者(申請者) 氏名 山田 太郎

2.代理人の時のみ記入

被保険者の会社証明欄

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

未記入

(2023.4)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)・療養担当者記入用

申請内容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名 山田 華子)
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 39 年 7 月 1 日 続柄(妻)
	傷病名	外傷性くも膜下出血
	発病または負傷の原因	転倒による頭部打撲
	発病または負傷の年月日	令和 5 年 12 月 2 日
	移送経路	ドクターヘリにて●●クリニック→●×大学病院
	移送方法	転倒による頭部打撲
	移送年月日	令和 5 年 12 月 2 日
	付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名)・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 〒 -
	移送に要した費用の額	500,000 円
	第三者行為によるときはその事実	
第三者の氏名 及びその住所	氏名 〒 -	

医師の証明欄