

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	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 [][][][][]	番号 [][][][][][][][][]	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください [][][][][][][][][][][][]	
	氏名	(フリガナ) -----		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 [] - [])	都 道 府 県	年	月 日
	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	[][][][][][][][][]	左づめでご記入ください。
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 <input type="checkbox"/> 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 [] 年 [] 月 [] 日
	被保険者 (申請者)	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	住所 (〒 [] - []) TEL ([]) (フリガナ) ----- 氏名	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。>>>

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				
	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			

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

ご本人の記入例

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	記号・番号が分からない場合のみ マイナンバーを記入して下さい。
	氏名	(フリガナ) ヤマダ タロウ 山田 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 231 - 0000) 神奈川県 横浜市中区●●町1-2	年 月 日	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>
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

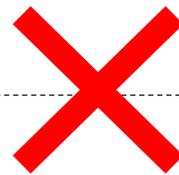
口座名義
の区分

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 12 月 2 日
	被保険者 (申請者)	氏名 山田 太郎	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 雇用主	

口座名義区分を2と書いた方のみ
記入して下さい。



「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

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 6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 6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

医師の証明欄

健康保険 移送費 支給申請書

1 2
被保険者(申請者)記入用

ご家族の記入例

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	記号・番号が分からない場合のみ マイナンバーを記入して下さい。
	氏名	(フリガナ) ヤマダ タロウ 山田 太郎	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 3 7 0 6 0 1	
	住所	(〒 231 - 0000) 神奈川県 横浜市中央区●●町1-2		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 045 (224) 1234	被保険者様(社員様)のお名前を 記入して下さい。		
<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)				

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 1.申請者
2.代理人

受取代理人の欄

被保険者
(申請者)

氏名

山田 太郎

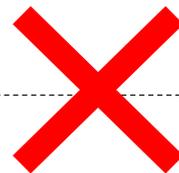
住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ

〒 () TEL ()

委任者と
代理人との
関係

雇用主

口座名義区分を2と書いた方のみ
記入して下さい。



「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

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 6 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 6 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

医師の証明欄