

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	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)	10	1000			
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	年 月 日	050102
	住所	(〒 ××× - ××××)	新潟 都道府県	上越市○○○×-×-×		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ××× (×××) ××××					
☐ 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	☐ 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☑ 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。					
	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	普通	口座番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7		
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。 ケンポ゜ タロウ				

「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	☒ 被保険者・ ☐ 被扶養者（氏名）
移送を受けた方の生年月日及びその続柄	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和 5 年 1 月 2 日 続柄（ 本人 ）
傷病名	右大腿骨骨折
発病または負傷の原因	道端で躓いて転んだ
発病または負傷の年月日	令和 2 年 4 月 2 日
移送経路	上越市〇〇 ～ 上越市〇〇
移送方法	タクシー
移送年月日	令和 2 年 4 月 2 日
付添人の有無 及びその住所	☐ 有（氏名） 〒 - ☒ 無
移送に要した費用の額	15,000 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	