

健康保険 被保険者 移送費 支給申請書

家族

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒	—	電話番号 (日中の連絡先)	()

【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。

振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義区分	<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人		
公金受取口座	<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、上記の口座情報の記入は不要です。)			

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。	令和 年 月 日
		氏名	
□ 口座名義区分が 代理人の場合に ご記入ください	代理人 (口座名義人)	住所	
	氏名	被保険者との関係()	

申 請 内 容	受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日 続柄()
	傷病名		発病又は負傷年月日	平・令 年 月 日
	発病又は負傷の原因	(けがの場合は「負傷届」の添付が必要となります)		
	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: <input type="checkbox"/> 専用車 <input type="checkbox"/> 鉄道 <input type="checkbox"/> 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		

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

この申請書は2枚1セットです。
2枚目の「移送を必要とする医師または歯科医師の意見書」も必ずご提出ください。

受付印

マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士記載欄 氏名等

移送を必要とする医師または歯科医師の意見書

医師・ 歯科医師記入欄	患者氏名													
	生年月日	昭・平・令	年	月	日									
	傷病名													
	移送を必要と認めた理由													
	症状、その他具体的に記入してください。また、付添人が必要な場合は、人数とその必要な理由を併記してください。													
	移送方法													
	移送区間及び回数	から まで (回)												
	移送年月日	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日				
上記のとおり移送の必要を認めます。											令和	年	月	日
所在地														
医療機関等名称														
医師・歯科医師の氏名											電話番号 ()			

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

受付印