

健康保険 被保険者家族 移送費支給申請書

(1枚目/2枚中)

| | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|----------|-------------------|-----------------|--|--|
| 被保険者証の 記号・番号 | 記号 | 被保険者が 勤務する (していた) 事業所の | 名称 | | | | |
| | 番号 | | 所在地 | | | | |
| 被保険者 (申請者) の氏名 | (フリガナ) | | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 日 ()才 | |
| 被保険者 (申請者) の住所 | 〒 - 電話 | | | | | | |
| 被扶養者に関する申請のとき | 氏名 | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 日 | 被保険者との続柄 | |
| 傷病名 | | | | | 発病又は負傷年月日 | | |
| | | | | | 平・令 年 月 日 | | |
| 発病の原因 および経過 (詳しく) | (外傷の場合は併せて「負傷の原因について」を提出してください) | | | | | 第三者行為によるものですか 0: いいえ 1: はい 「はい」の場合は、「第三の行為による傷病届」を提出してください | |
| 診療又は手当を受けた医療機関の 名称・所在地 及び医師の氏名 | 名称 | | | 所在地 及び 電話番号 | | | |
| | 氏名 | | | | | | |
| 移送経路、 移送方法、 移送期間 および 費用の請求 | 移送経路 | から | 距離 Km | 移送後 | 0: 入院 1: 入院外 | | |
| | | まで | | 移送先 | | | |
| | 移送期間(支給期間) | | | 回数 | 移送に要した費用の額 | 利用交通機関 | |
| | 自 令和 年 月 日 | | | | 円 | | |
| 至 令和 年 月 日 | | | | | | | |
| 振込希望の銀行 | ※必ず被保険者の口座を指定してください。 (銀行等) (支店名) 銀行 信組 本店 支店 (普通・当座) 信金 農協 出張所 (口座番号) _____ | | | | | | |
| 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、上記口座情報の記入は不要です。) | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|---|----------------------|-----------------|------|------------------|--|
| 委任状 | 私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。 _____ 令和 年 月 日請求した 被保険者 療養費の受領に関すること。 _____ 被扶養者 被保険者の住所 _____ 氏名 代理人の住所 _____ 氏名 | | | | | |
| | 振込希望の銀行 | 銀行 信金 信組 農協 | 本店 支店 出張所 | 口座番号 | 口座名義(カタカナ) _____ | |

| | |
|----------------|--|
| 社会保険労務士 記載欄 | |
|----------------|--|

受付日付印

| | |
|--------|--|
| 備考欄(注) | |
|--------|--|

(注)被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。
個人番号を記載した場合は、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。

