

健康保険 移送費 支給申請書

健保記入欄	支給決定額			伺年月日	令和	年	月	日			
	支給内訳	法定		常務理事	事務長	担当者					
		付加									
資格取得		昭・平・令		年	月	日	資格喪失	令和	年	月	日

被保険者（申請者）情報	記号		番号		生年月日				
	被保険者等の				昭・平・令		年	月	日
	氏名		(フリガナ)				事業所名称		
	住所		(〒 —)				都 道 府 県		
	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☑）									

※在籍者が請求する場合は、「受取代理人の欄」を記入、喪失者の場合は、「振込先指定口座」を記入して下さい。

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。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。					
	口座名義		金融機関名称		銀行 労金 本店 農協 信金 支店	
	預金種別		口座番号		左づめでご記入ください。	

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	
	氏名 住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
	代理人の事業所（工場）又は住所	
	代理人の氏名	

・訂正は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください
・被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄にご記入ください
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

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

(202412 改訂)

備考	
----	--

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

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	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	☐ 有（氏名					）・ ☐ 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				

※医師記入欄の訂正は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押してください。