

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	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	氏名	(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 平成			
	住民票住所	(〒 - )			都	道	府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	( )		<input type="checkbox"/> 令和			
	<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"/> )							

※給与振込口座に入金します。(健保が特殊事由と認める場合のみ、別口座への入金を可能とする)  
 ※任意継続者は、資格取得申請書に届け出た口座に入金します。

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> 特殊事由により他の口座を指定します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> (チェック)を入れ、下記の欄を記入。 注)原則、振込先は給与振込口座とし、他行振込みは不可とする。							
	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ( )					<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所	
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)					
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。							

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

(R6.12)

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	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	<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	印			