

健康保険 移送費 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者等(右づめ)	記号 ○○○	番号 ○○○○	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	○○○
	氏名(フリガナ) 自署の場合は押印を省略できます。	デンセツ 太郎 電設 太郎		事業所名称	△△ 株式会社
	住所	(〒 ○○○ - ○○○○)		○○ (都道府県)	○○市 ○○区 ○○町 ○○番地
	電話番号(日中の連絡先)	TEL ○○○ (○○○) ○○○○			

申請内容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	氏名 電設 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	○○年 ○○月 ○○日	続柄 妻	
	傷病名	○○○○症			発病または負傷年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	○○年 ○○月 ○○日	
	発病または負傷の原因	1. 病気 (原因および経過) ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。			第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による負傷届」を提出してください。			
	移送経路	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○			移送方法	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○		
	移送年月日	令和 ○○年 ○○月 ○○日			移送に要した費用の額	○○○○○○ 円		
	付添人の有無及びその住所	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	「あり」の場合は付添人の	氏名 電設 梅子	住所	○○県 ○○市 ○○区 ○○町 ○○番地		

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	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
	移送経路及び方法	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○		移送年月日 令和 ○○年 ○○月 ○○日
	上記のとおり相違ありません。			
	住所	〒 ○○○ - ○○○○		○○県 ○○市 ○○区 ○○町 ○○番地
	医師または歯科医師の氏名	○○○ ○○○ (先生の印)		

振込先指定口座	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	口座名義(カタカナ)

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者等記号番号を記入した場合は不要です)

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄