

| | | | | | | | |
|---|------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|---|---|
| 被保険者(申請者)情報 | 被保険者証の (右づめ) | 記号 | 番号 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="text"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 平成 | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 令和 | | | |
| | 氏名・印 | (フリガナ) ----- | | | | | |
| | 住所 | (〒 -) | | 都 | 道 | | |
| | | | | 府 | 県 | | |
| | 電話番号 (日中の連絡先) | TEL | () | | | | |
| <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☑) | | | | | | | |

①もしくは②いずれかを記入してください

| | | |
|--------|---|---|
| ①受取委任状 | 本申請に基づく給付金に関する受領を被委任者(事業所)に委任します。(押印省略不可) | |
| | 氏名 | 印 |

| | | |
|----------|--|---|
| ②振込先指定口座 | 金融機関名称 | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所 |
| | 預金種別 | <input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知 |
| | 口座番号 | <input type="text"/> |
| 口座名義 | ▼カタカナ(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。) <input type="text"/> | |
| 口座名義の区分 | <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人 | |

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

| | | | |
|---------|----------------|--------------------------------|-------------------------|
| 受取代理人の欄 | 被保険者 (申請者) | 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・印 | 印 |
| | | (〒 -) | 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ |
| | 代理人 (口座名義人) | 住所 | |
| | (フリガナ) ----- | TEL () | |
| | 氏名・印 | 印 | |

(20/3)

受付日付印

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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 | | | | |