健保使用欄	支給決定額	受取代理人	常務理事	担当上司	担　当
	円	無・有			

健康保険　移送費支給申請書

被保険者（申請者）が記入するところ

被保険者等の記号・番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	被保険者（申請者）の氏名	(フリガナ)	被保険者の生年月日 昭・平　年　月　日
被保険者（申請者）の住所	郵便番号	(フリガナ)		電話番号
事業所（会社）の名称		勤務先電話番号		
移送を受けた方	□ 被保険者　□ 被扶養者	被扶養者氏名		
移送を受けた方の生年月日・続柄	生年月日	昭・平・令　年　月　日	被保険者との続柄	
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			
付添人の有無およびその住所	□ 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				
第三者の氏名およびその住所	氏名： 〒　－			

支払金融機関の欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	預金種別	普通
口座番号		口座名義	(フリガナ)	

※被保険者（申請者）以外の口座に振込を希望する場合は、下記の受取代理人欄に記入・捺印下さい。

受取代理人の欄

本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和　年　月　日 被保険者（申請者）　住所 氏名	代理人の氏名	(フリガナ)	委任者と代理人との関係
代理人の住所	郵便番号	(フリガナ)	電話番号

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	令和　年　月　日

上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。　令和　年　月　日

医療機関の所在地　〒　－

医療機関の名称

医師の氏名

電話　（　　）