

健康保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書

被保険者情報	被保険者等	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	住所	〒	—	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	()		
	事業所名称							

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の移送費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)		口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人

受取代理人の欄	受取代理人欄は、「給付金受領責任者口座設置届」にて届出されている方の署名をお願いいたします。	被保険者(申請者)	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
		代理人(口座名義人)	住所	氏名	被保険者との関係()		

申請内容	受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ								
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄()				
	傷病名		発病又は負傷年月日	平・令	年	月	日					
	発病又は負傷の原因											
	移送の経路	移送元:	から	移送先:	まで							
	移送の手段及び距離	手段: <input type="checkbox"/> 専用車 <input type="checkbox"/> 鉄道 <input type="checkbox"/> その他()	距離:	km								
	移送期間及び回数	平・令	年	月	日	から	平・令	年	月	日	まで	(回数
移送に要した費用	円											

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄