

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	2 8	番号	1 2 3 4	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	5	5	0 3 1 8	
	氏名・印	(フリガナ) ケンボ タロウ	健保 太郎			印			
	住所	(〒 650-0000)	兵庫県	都道府県	神戸市	区	1-2	自署の場合は押印を省略できます。	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 078 (000) △△△△								

振込先指定口座	金融機関 名称	〇〇	銀行	金庫	信組	本店	支店
	預金種別	1 ①普通 2. 当座	農協	漁協	△△△	出張所	
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	その他 ( )	左づめでご記入ください。			
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。)					口座名義 の区分	1 1. 申請者 2. 代理人
	ケンホ° タロウ						

「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)	(〒 - )	TEL ( )	委任者と 代理人との 関係			
	住所	(フリガナ)	氏名・印		印		

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

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

(19.05)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

印

# 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 checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(氏名 <b>健保 一郎</b> )
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <b>20</b> 年 <b>2</b> 月 <b>19</b> 日 続柄( <b>長男</b> )
	傷病名	<b>再生不良性貧血</b>
	発病または負傷の原因	<b>不詳</b>
	発病または負傷の年月日	令和 <b>1</b> 年 <b>5</b> 月 <b>5</b> 日
	移送経路	<b>〇〇病院(〇〇県〇〇市)~△△総合病院(△△県△△市)</b>
	移送方法	<b>ヘリコプター</b>
	移送年月日	令和 <b>1</b> 年 <b>5</b> 月 <b>5</b> 日
	付添人の有無及びその住所	<input type="checkbox"/> 有(氏名 )・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 〒 -
	移送に要した費用の額	<b>100,000</b> 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	<b>手術の設備がないため△△総合病院へ緊急搬送する必要があった。</b>
	付添を必要と認めた理由	
	移送経路	<b>〇〇病院(〇〇県〇〇市)~△△総合病院(△△県△△市)</b>
	移送方法	<b>ヘリコプター</b>
	移送年月日	<b>令和1年5月5日</b>
上記のとおり相違ありません。		令和 <b>1</b> 年 <b>6</b> 月 <b>10</b> 日
住所 〒 <b>〇〇〇 - △△△△</b>		
医師または歯科医師の <b>兵庫県〇〇市〇〇区△△1-2-3</b>		
氏名 <b>〇〇総合病院 兵庫 五郎</b>		