

健康保険 被保険者 家 族 移送費支給申請書

資格取得	平成 令和	年	月	日	通番
資格喪失	平成 令和	年	月	日	

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号 番号	記号	番号	事業所名称	〇〇 株式会社							
	1	1	2	3	4	5	6	7	〇〇 支店	〇〇〇 部		
	〇〇	〇〇〇	営業所		〇〇〇	課						
	被保険者 (申請者) 氏名	フリガナ	ダイトウ タロウ			被保険者の生年月日						
	大東 太郎				昭和	40	年	1	月	23	日	
	被保険者住所	フリガナ	トウキョウト〇〇ク△△			電話番号						
	〒 123 - 4567	東京都〇〇区△△1-2-3			123 (4567) 8910							
	申請が 被扶養者 に関する とき	被扶養者の名前			被扶養者の生年月日		続柄					
	大東 花子				昭和	40	年	3	月	21	日	妻
	傷病名	脳梗塞			発病又は 負傷年月日	令和 3 年 4 月 1 日						
発症又は 負傷の原因	1年前に心筋梗塞を患ったことが原因と考えられる			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						
公金受取口座	<input type="checkbox"/>	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑。利用しない場合は下記を記入。)										
振込希望口座												
金融機関コード	銀行コード	0	1	2	3	支店コード	4	5	6	□座名 義人	フリガナ	ダイトウ タロウ
金融機関名称	〇〇	銀行		信組	△△	本店		出張所	大東 太郎			
種別	普通	当座	口座番号	1	2	3	4	5	6		7	支店

医 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	傷病名				移送年月日	令和	年	月	日	
	移送費を必要とした事由								この欄は医師に 記入してもらってください	
	移送方法				移送先					
	移送区間				移送に擁した 費用の額					
	上記のとおり移送の必要を認めます。					令和	年	月	日	
医療機関所在地										
医療機関名称										
電話番号		()								
医師氏名										

※被保険者以外の口座を希望する場合は、委任状を記入してください。受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

《委任状》 本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。

令和 年 月 日 被保険者 住所

氏名

被保険者以外の口座に
入金希望する場合のみ記入

代理人 住所

氏名

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

受付印