

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 こ ろ	被保険者証	記号	番号	事業所名称	株式会社	
	被保険者 (申請者) 氏名	フリガナ			被保険者の生年月日	
	被保険者住所	フリガナ			電話番号	
	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	
	傷病名				発病又は 負傷年月日	
	発症又は 負傷の原因				平成 令和	
	振込希望口座				第三者行為によるものですか	
	金融機関コード	銀行コード		支店コード	フリガナ	
	金融機関名称	銀行 信組 金庫 その他			本店 出張所 支店 その他	
	種別	普通・当座	口座番号		口座名義人	

医 師 が 意 見 を 記 入 す る こ ろ	傷病名		移送年月日	平成 令和	年	月	日
	移送費を必要とした事由						
	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。						
	医療機関所在地	〒					
	医療機関名称	電話番号					

※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。

《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

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