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	株式会社 支店 部 営業所 課
被保険者（申請者）氏名	フリガナ		被保険者の生年月日	昭和 平成 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	昭和 平成 令和 年 月 日
			続柄	
傷病名			発病又は負傷年月日	令和 年 月 日
発症又は負傷の原因			第三者行為によるものですか	□ はい □ いいえ
公金受取口座	□	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		支店コード	
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	フリガナ			

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			
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

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