

健康保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書

1 2 ページ



被保険者記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
	氏名・印	(フリガナ)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>		
	住所	(〒 -)	都道府県	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 ()					

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()			本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>	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
	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 代理人	

「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	住所 「被保険者情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	住所 (フリガナ) 氏名・印	被保険者との関係

「申請者記入用」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が不明の場合にご記入ください。

記入した場合は、本人確認書類及び貼付台紙の添付が必要となります。
(詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

様式番号

協会使用欄

6 8 1 1 1 7

1

受付日付印 (2020.9)

受付日付印

被保険者氏名

申請内容	移送を受けた方 <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	
	家族の場合はその方の 氏名 _____ 生年月日 _____ <input type="checkbox"/> 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	傷病名 _____ 発病又は負傷年月日(療養開始日) _____ <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	発病の原因および経過(詳しく) _____ <input type="checkbox"/> 1. 病気 _____ (原因および経過) <input type="checkbox"/> 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。	第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください。
	診療等の支給又は手当を受けた病院あるいは診療所(病院)の 名称 _____ 診療を担当した医師等の氏名 _____ 所在地 _____	
移送経路、移送方法、移送期間および費用の請求	移送経路 _____ (フリガナ) から _____ (フリガナ) まで	
	移送後 <input type="checkbox"/> 0. 入院 <input type="checkbox"/> 1. 入院外 _____ 移送先 _____	
	移送期間(支給期間) <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで <input type="checkbox"/> 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで 日間	
	移送回数 _____ 回 移送に要した費用の額 _____ 円	
	距離 _____ km 利用交通機関 _____	
移送を必要とする理由 症状、その他具体的に記入してください。また、付添人が必要な場合は、人数とその必要な理由を併記してください。		
付添人の有無 <input type="checkbox"/> 有 → 付添人の氏名 _____ 住所 _____ <input type="checkbox"/> 無		

様式番号

6 8 1 2 1 6