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

移

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ご記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者情報

被保険者証の（左づめ）	記号 ／ 番号	生年月日 年 月 日 □ 昭和 □ 平成 □ 令和
氏名	（フリガナ）	
住所	（〒 － ） 都 道 府 県	
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	□ 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	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. 被保険者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

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 住所 「被保険者情報」の住所と同じ	
代理人（口座名義人）	（〒 － ） TEL （ ） 住所 （フリガナ） 氏名	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ご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。）

▶

(2021.6)

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

様式番号 6 8 1 1 1 7

協会使用欄 1 □ □□ □

健康保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書

被保険者記入用

被保険者氏名	

申請内容

移送を受けた方	☐ 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）		
家族の場合はその方の 氏名		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和　年　月　日
傷病名		発病又は負傷年月日（療養開始日）	☐ 平成 ☐ 令和　年　月　日
発病の原因および経過（詳しく）	☐ 1. 病気（原因および経過） 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	☐ はい　☐ 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	☐ 0. 入　院 1. 入院外	移送先	
	移送期間（支給期間）	☐ 平成 ☐ 令和　年　月　日から	☐ 平成 ☐ 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	☐ 有 ➡	付添人の氏　名	付添人の住　所
	☐ 無		

様式番号

6	8	1	2	1	6