

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

加入者が移送のための費用を支払い、払い戻しを受ける場合にご使用ください。
なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

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="checkbox"/> 平成
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	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/>
	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。)	
<input type="text"/>			

左づめでご記入ください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)



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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

受付日付印

--

(2022. 10)

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 <input type="checkbox"/> 平成 <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 <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) 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 所在地 診療を担当した 医師等の氏名	
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 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から <input type="checkbox"/> 平成 <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 付添人の 住 所 <input type="checkbox"/> 無		

様式番号

6 8 1 2 1 6