

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 (左づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
				☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和			
	氏名・印	(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 本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 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。)					

「申請者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

被保険者の記号・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

受付日付印



全国健康保険協会
協会けんぽ

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

(フリガナ)

から

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

