

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

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(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日	年	月	日
	記号・番号					
	個人番号 (マイナンバー)					
	氏名・印	(フリガナ)				
住所	(〒	—)	都	道	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()	府	県	

振込先指定口座	公金受取口座の 利用について	<input type="checkbox"/> 1.希望する <input type="checkbox"/> 2.希望しない	「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、 以下の振込先情報のご記入は 不要 です。			
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所				
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 <input type="checkbox"/> 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。)				

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

(2026.1)

被保険者氏名

記入方法については「記入の手引き」をご確認ください。

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

