

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(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日	年	月	日
	記号・番号		<input type="checkbox"/> 昭和			
			<input type="checkbox"/> 平成			
			<input type="checkbox"/> 令和			
	個人番号 (マイナンバー)			記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。)		
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 checked="" 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	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協			
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 <input type="checkbox"/> 3.別段	<input type="checkbox"/> 2.当座 <input type="checkbox"/> 4.通知	口座番号	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	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(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。)			
		左づめでご記入ください。			

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	受付日付印
-------------------	-------

様式番号

協会使用欄

6 8 1 1 1 7

1

(2026.1)

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

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	<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 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和		
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		
発病の原因 および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">(原因および経過)</div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。</div>			
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) 所在地	名称	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 年 月 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 令和	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 → <input type="checkbox"/> 無	付添人の 氏名	付添人の 住所	

様式番号

6 8 1 2 1 6