健康保険 移 送 費 支給申請書

		記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください					
被保険者(申詩	被保険者等 記号・番号 (左づめ)								
	氏名	(フリガナ)		□ 昭和 年 月 日 生年月日 □ 平成 □ 令和					
申請者)情報	住所	(〒 −) 						
報	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()							
	□ 本申請書の)提出を事業主へ委任しま	す。(委任する場合は☑)						

	□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。)注)口座情報の反映には登録から数日を要します。							
振込	金融機関名称			(本店)(支店) (出張所) (本所)(支所)				
振込先指定口座	預金種別	普通	口座番号					
座	ロ座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同	じ名義の口座を記入し	てください。姓と名の間は1マス	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・療養担当者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

常務理事	事務長	担当者

受付日付印	
	Ш

健康保険 移 送 費 支給申請書

申	移送を受けた方		□ 被保険者・□ 被扶養者(氏名)
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	昭和•	平成・令和		年		月	日	続柄()	
	傷病名											
	発病または負傷の原因											
	発病または負傷の年月日	令和	年	月		日						
	移送経路											
請	移送方法											
内	移送年月日	令和	年	月		日						
容	付添人の有無 及びその住所		(氏名)・□ 無			
			-									
	移送に要した費用の額					ı	円					
	第三者行為によるときはその事実											
	第三者の氏名											
	及びその住所	₹	-									
	移送を必要と 認めた理由											
F	付添を必要と認めた理由											
医師・	移送経路											
・歯科医師記入欄	移送方法											
	移送年月日											
	上記のとおり相違ありません。								令和	年	月	日
	住所 〒 -											
	医師または歯科医師の 氏名											