

健康保険 被保険者 被扶養者 移送費支給申請書

被保険者情報	被保険者証の記号・番号	記号	番号 (枝番)	事業所の名称	会社名	
	被保険者の氏名と印	印			被保険者の生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和
	被保険者の住所・電話	〒 日中連絡が取れる電話番号 TEL ()				

申請内容	移送を受けた方	該当者に <input checked="" type="checkbox"/> チェックし、被扶養者(家族)の場合、氏名・生年月日をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)				
	被扶養者(家族)の氏名				被扶養者(家族)の生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和
	傷病名				発病または負傷の年月日	令和 年 月 日
	発病または負傷の原因				他人の行為によるものですか	1. はい 2. いいえ
	移送の経路及び方法				移送に要した費用の額	円
	付添人の氏名及び住所	氏名	住所			
	第三者の氏名及び住所	氏名	住所			

医師又は歯科医師の意見	移送を必要と認めた理由					
	付添を必要と認めた理由					
	入院した病院又は診療所の名称					
	入院した期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日	まで	日	
	移送の経路及び方法					
	上記の通り相違ないことを証明いたします。					令和 年 月 日
	医師又は歯科医師の住所	氏名				

振込先指定口座	【口座名義の区分】 <input type="checkbox"/> 被保険者名義 <input type="checkbox"/> 代理人名義(委任状欄をご記入ください。また、公金受取口座は利用できません。)				
	銀行名	支店名		支店コード	預金種別
	銀行	支店			1. 普通 2. 当座
	口座番号	口座名義 カタカナ (姓と名の間は1マス開けてください。濁点(°)、半濁点(゜)は1文字としてご記入ください。)			
	<input type="checkbox"/> 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。(利用する場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください)				
	注意事項 ※上記の欄に振込口座の記入がある場合は、上記を優先します。 ※給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合は、給付日が遅れることがあります。				

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日			
	被保険者 氏名	印		※住所は「被保険者情報」と同じ
	代理人(口座名義人) 住所 〒	被保険者との関係		
	氏名	印		

本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。