

健康保険 移送費 支給申請書(1)

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	
	氏名・印 ⑩			自署の場合は押印を省略できます。	
	住所	(〒 -)				
電話番号	TEL <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

振込先指定口座	金融機関名称	(銀行) (金庫) (信託) (本店) (支店) (出張所) (農協) (漁協) (その他 ()) (本店) (支店)			
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座 <input type="checkbox"/> 3. 別段 <input type="checkbox"/> 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>	左詰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)			口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和	年	月	日
	氏名・印 ⑩		住所: 「被保険者情報」の住所と同じ			
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()		委任者と代理人との関係			
	住所 (フリガナ)	 ⑩			
	氏名・印 ⑩					

被保険者のマイナンバー記載欄	<input type="text"/>
----------------	----------------------

2ページに続きます。 >>>

常務理事	事務長	担当	担当
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

健康保険 移送費 支給申請書(2)

申請内容	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	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					
	移送方法					
	移送年月日	令和	年	月	日	
	付添人の有無 及びその住所	□有（氏名 _____） ・ □無 〒 _____				
	移送に要した費用の額	_____ 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	氏名 _____ 〒 _____				

医師・歯科医師記入欄	移送を必要と認めた理由				
	付添を必要と認めた理由				
	移送経路				
	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
		〒 _____	住所		
医師または歯科医師の		_____			
		氏名	(印)		