

# 健康保険 移送費 支給申請書(1)

記入例

被保険者情報	記号	1 1 1 1	番号	1 1 1 1 1 1 1	生年月日	年	月	日			
	被保険者証の				<input type="checkbox"/> 昭和						
					<input checked="" type="checkbox"/> 平成	0	1	0	1	0	1
					<input type="checkbox"/> 令和						
氏名・印	サカイ タロウ <b>堺 太郎</b> (印)				自署の場合は押印を省略できます。						
住所	(〒 111 - 1111 ) 〇〇県〇〇市〇〇1-1-1										
電話番号	TEL	111-1111-1111									
<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	サカイ (銀行) (金庫) (信託) (農協) (漁協) (その他)			ヒッコシ (本店) (支店) (出張所) (本店) (支店)				
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1 1 1 1 1 1 1 1			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) サ カ イ ハ ナ コ				口座名義の区分	2	1. 被保険者 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	4	年	4	月	1	日
	氏名・印	<b>堺 太郎</b> (印)				住所: 「被保険者情報」の住所と同じ						
	代理人 (口座名義人)	(〒 111 - 1111 ) TEL 111 ( 1111 ) 1111				委任者と代理人との関係						
	住所	〇〇県〇〇市〇〇1-1-1				妻						
	(フリガナ)	サカイ タロウ										
氏名・印	<b>堺 花子</b> (印)											

被保険者のマイナンバー記載欄	マイナンバーの記入は任意です。										
----------------	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2ページに続きます。 >>>

こちらは記入の必要ございません。→

常務理事	事務長	担当	担当

# 健康保険 移送費 支給申請書(2)

申請内容	移送を受けた方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者（氏名）
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	平成    1 年    1 月    1 日                      続柄（                      ）
	傷病名	骨折
	発病または負傷の原因	作業中に階段から転落した
	発病または負傷の年月日	令和    4 年    3 月    10 日
	移送経路	〇〇市〇〇1-1-1 ~ 〇〇町〇〇4-3
	移送方法	寝台自動車
	移送年月日	令和    4 年    3 月    10 日
	付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 有（氏名                      ） ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 〒                      -
	移送に要した費用の額	3,600 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	この欄は移送を認めた医師に記入いただいでください。
	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    日
住所 〒                      -		
医師または歯科医師の 氏名		印