

健康保険

被保険者
家族

移送費 支給申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)			印	← 自署の場合は押印を省略できます。 ただし、受領を代理人に委任する場合は 委任状と同じ印を押印ください。		
	住所	〒	—	都・道 府・県		電話番号 (日中の連絡先)	()	
	事業所名称				提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)		

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の移送費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)	口座名義区分		被保険者(申請者)・代理人

委 任 状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。 代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	被保険者 (申請者)	本申請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
		代理人 (口座名義人)	住所	氏名・印	印	被保険者との関係性 ()	

申 請 内 容	受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	第三者行為によるものですか ※1	はい・いいえ									
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄()					
	傷病名	発病又は負傷年月日		平・令	年	月	日						
	発病又は負傷の原因												
	移送の経路	移送元:	から	移送先:	まで								
	移送の手段及び距離	手段: <input type="checkbox"/> 専用車 <input type="checkbox"/> 鉄道 <input type="checkbox"/> その他()	距離:	km									
	移送期間及び回数	平・令	年	月	日	から	平・令	年	月	日	まで	(回数	回)
	付添があった場合はその方の ※2	氏名	住所	〒	受診者との関係性 ()								
移送に要した費用 ※3	円												

※1 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

※2 医学的管理が必要な場合のみになりますので、家族等親族の付添は対象外となります。

※3 移送に要した費用の領収書の原本添付が必要となります。

受付日付印

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、
本人確認をするための添付書類が必要です。社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

移送費申請用

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書	
患者氏名	
生年月日	
傷病名	
<p>移送を必要とする理由</p> <p>※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。</p>	
移送の経路・方法 区間・回数	
移送年月日	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
<p>上記の通り移送の必要を認めます。 令和 年 月 日</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医師の氏名</p> <p>電話番号 ()</p>	