

健康保険  被保険者  家族 移送費 支給申請書



< 被保険者記入用 >

1. 記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。  
 2. この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。(修正液・修正テープ等での訂正は認められません。)  
 3. 記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」を確認してください。

① 提出日		令和 年 月 日		連絡先		健康保険組合より問合せする場合は連絡先をご記入ください。	
② 被保険者証		記号	番号	③ 事業所名 (会社名)		TEL <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯	
④ 被保険者名		(フリガナ)		⑤ 生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
⑥ 現住所		(〒 - ) (電話 )		⑦ 移送を受けた者の氏名		(フリガナ) ⑧ 続柄 ⑨ 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
⑩ 傷病名		⑪ 発病または負傷年月日		⑫ 発病または負傷した原因		(どこで) (どのようにして)	
⑬ 第三者行為によるものですか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	⑭ 業務上または通勤途上での傷病ですか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	※「はい」の場合は移送費支給申請に該当しない場合があります。	
⑮ 診療を受けた医療機関		名称 住所		⑯ 移送期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	
⑰ 移送経路		⑱ 移送回数		⑲ 距離		回 Km	
⑳ 利用交通機関		㉑ 移送後		㉒ 移送先 (施設等)		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	
㉓ 移送に要した費用		円		㉔ 付添人の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ありの場合 氏名 住所	
㉕ 移送を必要とする理由 また付添人が必要な場合の理由		㉖ 被保険者が在籍の場合		委任状		給付金の受領を事業主へ委任します。 被保険者署名	
㉗ 退職後(予定)の申請の場合		振込先		銀行・農協 信金・信組		支店 出張所 預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
		口座番号		口座名義 (フリガナ)			