

	常務理事	事務長	係

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	〇 〇	番号	〇 〇 〇 〇	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和	〇	〇	〇
					<input checked="" type="checkbox"/> 平成	〇	〇	〇
					<input type="checkbox"/> 令和	〇	〇	〇
氏名	(フリガナ) トモエガワ タロウ	巴川 太郎			※自筆署名の場合は捺印不要			
住所	(〒 〇〇〇-〇〇〇〇)	A	都 道 府 県	B市C区33-4-1				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 〇〇〇(〇〇〇) 〇〇〇〇							

振込先指定口座	金融機関 名称	〇 〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	〇 〇 〇	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1234567	左づ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。)			
	ト モ エ カ ヲ ワ タ ロ ウ				

同意書

私は、貴組合が本申請の支給について関係諸機関に照会することに同意します。
本件については、一切の異議・請求等申し立てをしません。
なお、本書の写しも有効とします。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

氏名(自書)

巴川 太郎

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)・療養担当者記入用

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 巴川 太郎)
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 続柄(本人)
	傷病名	<input type="text"/>
	発病または負傷の原因	<input type="text"/>
	発病または負傷の年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	移送経路	<input type="text"/>
	移送方法	<input type="text"/>
	移送年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	付添人の有無及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名 <input type="text"/>)・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>
	移送に要した費用の額	<input type="text"/> 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 <input type="text"/> 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	

医師・ 歯科医師 記入欄	移送を必要と認めた理由	<input type="text"/>
	付添を必要と認めた理由	<input type="text"/>
	移送経路	<input type="text"/>
	移送方法	<input type="text"/>
	移送年月日	<input type="text"/>
上記のとおり相違ありません。		令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
住所 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>		
医師または歯科医師の		氏名 <input type="text"/>