健康保険　被保険者 家族　移送費支給申請書

◎記入の方法については、裏面を確認してください。

被保険者が記入するところ

㋐被保険者等の記号・番号		㋑ 被保険者（申請者）の氏名 ※自署または押印	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	㋒ 生年月日	年	月	日
㋓被保険者（申請者）の住所	ﾌﾘｶﾞﾅ 〒　－ 電話　（　）			㋔ 事業所名称			
㋕被扶養者が移送を受けたときはその者の	氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日	年	月	日	被保険者との続柄
㋖傷病名				㋗発病又は負傷年月日（療養開始日）	年	月	日
㋘発病又は負傷の原因を詳しく				第三者行為によるものですか	0：いいえ　1：はい		
㋙診療等の支給又は手当を受けた病院あるいは診療所（医院）の	名称		診療を担当した医師等の氏名				
	所在地						
㋚移送を受けた区間、移送期間および費用の請求	区間	ﾌﾘｶﾞﾅ から	ﾌﾘｶﾞﾅ まで	移送後	0：入院外　1：入院		
				移送先	病院		

移送期間（支給期間）							移送回数	移送に要した費用の額	距離	利用交通機関
自	年	月	日	至	年	月	日	回	円	km	

振込希望口座

銀行　信組　金庫　農協　店　本店 支店 出張所 支所

〔金融機関コード：　　〕　〔店番号：　　〕

預金種別	普通 当座 貯蓄	口座番号		口座名義（ｶﾀｶﾅで記入）	

備考欄

▼給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

受取人代理の欄

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

年　月　日

被保険者（申請者）　住所　氏名

受付日付印

受取人情報				
代理人の氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	委任者と代理人との関係	
代理人の住所	ﾌﾘｶﾞﾅ 〒　－ 電話　（　）		

2024.12

《記入上の注意》

１．この申請書には、移送を必要とする意見書と移送に要した費用の領収書を添付してください。

２．訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し、訂正印を押してください。
（修正液等は使用しないでください。）

３．平成29年1月から申請は「被保険者等の記号・番号又は個人番号(マイナンバー)」のどちらかを選択して申請できるようになりました。
個人番号による申請をする場合（備考欄等に記載）は、従来の申請とは添付書類・取扱いなどが異なりますので、給付課（TEL03-3862-5101音声案内②）までご連絡をいただきますようお願い申し上げます。