

健康保険組合記載欄	資格取得日	年	月	日	
	資格喪失日	年	月	日	
支給決定額					円

被保険者はここから下を記入してください

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)					
	氏名 (フリガナ)					
住所	(〒 -) 都 道 府 県					

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	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 年 月 日
	代理人(事業主)	事業所所在地 事業主名称	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ

※この申請書には、移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)を添付してください。

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

(R5.10)

受付日付印

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 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	令和	年	月	日	続柄()
	傷病名					
	発病または負傷の原因					
	発病または負傷の年月日	令和	年	月	日	
	移送経路					
	移送方法					
	移送年月日	令和	年	月	日	
	付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名)・ <input type="checkbox"/> 無 〒 -				
	移送に要した費用の額	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				
	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				