健康保険　移送費　支給申請書

1　2

被保険者（申請者）記入用

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			
被保険者等（右づめ）	記号	番号	生年月日　年　月　日
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 氏名　住所　「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
代理人（事業主）	事業所所在地 事業主名称

※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	□ 被保険者・□ 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	□ 有　（氏名　　）・□ 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