

健康保険 被保険者 移送費支給申請書

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号・番号		被保険者の生年月日												
	—		年 月 日												
	被保険者の (申請者) 氏名	フリガナ	事業所 の	名 称	所在地										
	被保険者の (申請者) 住 所	郵便番号	フリガナ	電話番号											
	被扶養者が移送を 受けたときはその者の	氏名	生年月日	年 月 日	被保険者 との続柄										
	傷 病 名	発病又は、負傷年月日(療養開始日)			年 月 日										
	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			1:いいえ 2:はい										
	診療等又は手当を 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	1:入院外 2:入院											
	所在地														
	移送を受けた区 間、移送期間及 び費用の請求	区 間	フリガナ	フリガナ	移送後	1:入院外 2:入院									
		から	まで	移送先	病院										
	移送期間(支給対象期間)		移送回数	距離	利用交通機関										
	年 月 日 ~ 年 月 日		回	km											
被 保 険 者 銀 行 口 座	□マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。(利用する場合は□にチェック、利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。														
	銀行名	銀 行 金 庫 農 協	支店名	本 店 支 店 出張所											
	普通	口座番号	(フリガナ) 口座名義												
・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。 被保険者のマイナンバー記入欄 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>															

※	支給回数	支給算出額	海外表示	(備考)
	回	円	1:国内 2:海外	

受 取 代 理 人 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 提出
	年 月 日		受付日付印
	被保険者 (申請者) 住 所 氏 名		
代理人の 氏名	フリガナ	委任者と代理人との関係	
代理人 の住所	〒 —		