

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

提出日 令和 2 年 9 月 7 日

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	1 0	9 9 9 9 9	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	3 2	1 0	1 0
	事業所名 (会社名)	○○○○株式会社		所属	○○○○		
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ					
住所	(〒492-8153) 愛知 都道 府県 稲沢市井之口町中四反畑4500番地						
電話番号 (日中の連絡先)	自宅 0 5 8 7 (2 3) 6 6 6 1		携帯 090 (〇〇〇) 〇〇〇〇				

振込先 指定口座 (被保険者名義)	金融機関 名称 (ゆうちょ銀行以外)	三菱UFJ		銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	名古屋営業部	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1.普通 2.当座 3.その他 ()	口座番号	8 8 8 8 8 8 8 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字として左づめでご記入ください。)				
ケ ン ホ 〇 タ ロ ウ						

提出ルート 被保険者(申請者) ⇒ 医療機関(担当医の証明) ⇒ 被保険者 ⇒ 健保組合

「申請者・医療機関記入用」は2ページに続きます。>>>

(*)

【被保険者のマイナンバー記載欄】
 ・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(免許証等コピー)をするための添付書類(マイナンバー通知カードのコピー、免許書等のコピー)が必要です。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

注：マイナンバーを記入した申請書の提出は、社内メール時は「重要メール」、郵送時は「書留」等、記録を残せる方法にてご提出ください。

受付	入力	支払

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)・医療機関記入用

申請内容	移送を受けた方の氏名 及び その続柄	氏名: 健保 花子 (続柄: 妻)
	移送を受けた方の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 36 年 10 月 1 日
	傷病名	急性骨髄性白血病
	発病または負傷の原因	不明
	発病または負傷の年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 31 年 3 月 23 日
	移送経路	稲沢市〇〇〇から名古屋市〇〇〇まで
	移送方法	寝台自動車により搬送
	移送年月日	<input type="checkbox"/> 平成・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和 2 年 8 月 10 日
	付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名)・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 〒 -
	移送に要した費用の額	65,000 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 認める
	この欄は、医師・歯科医 に証明を受けてください