

健康保険 移送費 支給申請書

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	住所	(〒 -)		電話番号 (日中の連絡先)	()	

申請内容	1 移送を受けた方	被保険者 家族(被扶養者)	1 - ①家族の場合	氏名	続柄 ()		
				生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	2 傷病名				3 発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	
	4 発病または負傷の原因						
	5 移送経路						
	6 移送方法				7 移送年月日	令和 年 月 日	
	8 付添人の有無	有 ・ 無	8 - ① 有の場合	氏名	住所		
	9 移送に要した費用の額	円					
	10 第三者行為によるときはその事実						
	11 第三者の氏名及びその住所	氏名	住所				

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下欄を記入してください。その他注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。					
	金融機関 名称	銀行 金庫	本店 支店 出張所	預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他	
	口座番号			口座名義 (カタカナ)		

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						