

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 [][][][][]	番号 [][][][][][][][][]	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	氏名・印	(フリガナ) -----		自署の場合は押印を省略できます。
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 [][][][][][][][][]
	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字としてご記入ください。)	

左づめでご記入ください。

口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人
---------	---

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

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。	平成 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所 (〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係
		(フリガナ) ----- 氏名・印	

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(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。)

備考欄	[]
-----	-----

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	[]
-----------------------	-----

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	平成	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	平成	年	月	日	
	移送経路					
	移送方法					
	移送年月日	平成	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。平成 年 月 日						
住所 〒 -						
医師または歯科医師の 氏名 印						

この申請に係る健保組合からの問い合わせ及び支給決定通知書の送付を事業所の担当者を通じて行うことに同意される場合は、右欄に署名・捺印をお願いします。

同意欄

被保険者(申請者)氏名

印

移送費支給申請書の注意事項

1. この申請書の添付書類について

①医師が、移送の必要性を認めた場合で、その移送に要した費用の領収書の原本

2. マイナンバーによる申請について

平成29年1月以降、マイナンバーによる申請が可能となりましたので、被保険証に代わりマイナンバーで申請する場合は、備考欄にマイナンバーを記載してください。

マイナンバーで申請する場合は、番号確認のための個人番号カードの写等、本人確認のための免許証やパスポート等の写の添付が必要となりますので、ご注意ください。

3. 振込先指定口座は間違いのないよう正確に記入してください。

申請者(被保険者)以外の方に振込を希望する場合は、「受取代理人の欄」に申請者および代理人(※)の署名・捺印を必ずしてください。

(※)代理人とは、扶養家族の方も該当しますので、委任欄へ署名・捺印漏れがないようご注意ください。

4. 「同意欄」は事業所担当者へ手続きを委任されない場合は記入不要ですが、会社経由で提出する場合には必ず署名・捺印をお願い致します。

同意ない場合は、組合からの問合せおよび支給決定通知書の送付は、「被保険者(申請者)情報」に記載された電話番号とご住所へ連絡・送付致します。

7. この申請書の記入方法等について不明な点等ありましたら、

倉庫業健康保険組合 業務二課 TEL03-3642-8436 までお問合せ願います。