

被保険者(申請者)情報	記号	123	番号	456	生年月日	年	月	日			
	被保険者証の (右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	4	8	0	1	0	1
	氏名・印	(フリガナ) ソウコ タロウ	倉庫 太郎	倉庫	自署の場合は押印を省略できます。						
	住所	(〒 100 - 1234)	東京	都道府県	江東区富岡1-1-1						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (1212) 1212 090 1234 5678										

振込先指定口座	金融機関 名称	ゆうちょ	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ()	110	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	0123456	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字としてご記入ください。)			口座名義の区分
	ソウコ タロウ				

「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
	氏名・印				印			
	住所	(〒 -)	TEL	()				
	代理人 (口座名義人)	(フリガナ)	氏名・印			委任者と代理人との関係		
					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	印
-----------------------	---

受付日付印

申請内容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(氏名 倉庫 花子)
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	平成 48 年 11 月 30 日 続柄(妻)
	傷病名	腸閉塞
	発病または負傷の原因	不詳
	発病または負傷の年月日	平成 29 年 1 月 1 日
	移送経路	江東病院から富岡病院まで(国道1号線経由の一般道のみ)
	移送方法	タクシー
	移送年月日	平成 29 年 1 月 1 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	12,000 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

倉庫 太郎

倉庫