

被保険者情報	被保険者証 記号・番号	(記号)	(番号)	(事業所名)
	氏名	(フリガナ)		(生年月日) ☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日
	住所	(〒)	都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

委任状

被保険者

本申請に基づく給付金に関する受領を

に委任します。

年 月 日

(氏名)

(住所) 「被保険者情報」の住所と同じ

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

健保使用欄	支給額	円	常務理事	事務長	係
	移送日	年 月 日	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者 ()		
	備考		(資格取得日)	年 月 日	
			(資格喪失日)	年 月 日	
			(支給決定日)	年 月 日	

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)

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

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	☐ 被保険者・ ☐ 被扶養者（氏名）
移送を受けた方の生年月日及びその続柄	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 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	年 月 日
移送経路	
移送方法	
移送年月日	年 月 日
付添人の有無 及び その住所	☐ 有（氏名） ☐ 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	年 月 日
上記のとおり相違ありません。 年 月 日	
住所 〒 -	
医師または歯科医師の 氏名	

(0404-28)