

健康 保 険 移 送 費 申 請 書	支 払 額	款 項 目	〒	百	万	千	百	拾	円	平成	年	月	日	取得	平成	年	月	日	伺
											平成	年	月	日	喪失	平成	年	月	日

健康保険移送費申請書

◎ 第三者の行為による怪我の場合はこの申請書の他に「第三者行為による傷病届」を必ず提出してください。
◎ 移送に要した費用の領収書の原本を添付してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	①被保険者証の 記号・番号	(記号) 29	(番号) 56	②事業所名	△△△△株式会社			
	③被保険者(申 請者)の氏名・印	佐藤 次郎			④生年 月日	昭和 48年10月31日 平成		
	⑤被保険者 (申請者)の住所	〒 ー 大阪市・・・ 電話 06 (〇〇〇〇) ××××						
	⑥療養が被扶養 者に関するときは その方の氏名				⑦生年 月日	昭和 平成	年 月 日	⑧続柄
	⑨傷病名	膝骨折			⑩発病または 負傷年月日	平成 29 年 4 月 10 日 頃		
	⑪発病又は負傷 の原因・状況を 詳しく	家の階段を踏み外し転落したため			業務中によるものですか		第三者によるものですか	
					☒ いいえ・ ☐ はい		☒ いいえ・ ☐ はい	
	⑫診療等の支給 又は手当を受け た医療機関の	名 称	〇〇〇病院			診療を担当した 医師等の氏名	〇〇 〇〇〇	
		所 在 地	大阪市・・・					
	⑬移送を受けた 区間、移送期間 および 費用の請求	区 間	カガナ オオサカ 大阪	から	カガナ コウベ 神戸	まで		
	移 送 後	移 送	先	移送に要した費用	距 離	利 用 交 通 機 関		
	0:入院外 1:入院	〇〇〇〇	病院	2000 円	30 km	JR		
	移 送 を 必 要 と す る 期 間 ・ 回 数							
	平成 29 年 4 月 11 日 ~ 平成 29 年 4 月 12 日 (1) 回							

*記号・番号をご記入された方はマイナンバーの記入は不要です。また、マイナンバーで申請希望される方は③の被保険者氏名の下に12桁の数字をご記入ください

⑭必ずご記入ください									
銀行 コード (4ケタ)	1234	〇〇		銀行 信用金庫 農協	支店 コード (3ケタ)	567	〇〇 支店		普通 当座 (〇をつけてください)
口座 番号	ゆうちょ銀行のみ8ケタの記入をお願いします				カタカナで記入してください				
	9	8	7	6	5	4	3	口座 名義 サトウ ジロウ	

*被保険者以外の口座をご希望の場合は「受取代理人」をそれぞれ記入・捺印が必要です

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する	記入洩れが多発しております！！ 銀行名・支店名・口座番号・預金名義 全て洩れなく記入して下さい。 ※被保険者以外の口座をご希望の場 合は、下欄の「受取代理人の欄」にもそ れぞれ記入・捺印が必要です。	
	被保険者	住所	
	氏名		
	代理人	住所	
	氏名		(印)

受付日付印