

被保険者(申請者)情報

被保険者証の (右づめ)	記号 13	番号 2000	生年月日 年 月 日 ☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 450410
氏名・印	(フリガナ) ミツイ タロウ 三井 太郎		印 自署の場合は押印を省略できます。
住所	(〒 350 - 0193) 埼玉 都道府県 比企郡川島町八幡 6 - 1 3		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 049 (297) 9523		
☒ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)			

振込先指定口座

金融機関 名称	三井住友 銀行 金庫 信組 坂戸 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 1 2 3 4 5 6 7 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。) ミ ツ イ タ ロ ウ	口座名義 の区分 1 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。 令和 年 月 日	
氏名・印	印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係
住所 (フリガナ)	氏名・印	
	印	

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

(元.5)
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 45年 4月 10日 続柄（ 本人 ）
傷病名	脳出血
発病または負傷の原因	不明
発病または負傷の年月日	令和 3年 1月 1日
移送経路	埼玉県比企郡〇〇から三井総合病院まで
移送方法	寝台車
移送年月日	令和 3年 1月 1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	27,500 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。	令和 年 月 日
住所 〒 -	
医師または歯科医師の 氏名	印