

健康保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏名	(フリガナ)	(押印不要)	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒	—	電話番号 (日中の連絡先)	()
				提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
			口座名義区分	<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人
※当健保は事業所経由でのお支払いをしておりますので、在職中の方に関しましては記入不要です。(任意継続・資格喪失された方のみご記入ください)				

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
		代理人 (口座名義人)	氏名 (印)	
			事業所住所	
			事業所名	

申請内容	受診者(どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日 続柄()
	傷病名		発病又は負傷年月日	平・令 年 月 日
	発病又は負傷の原因			
	移送の経路	移送元:	から	移送先: まで
	移送の手段及び距離	手段: <input type="checkbox"/> 専用車 <input type="checkbox"/> 鉄道 <input type="checkbox"/> その他()	距離:	km
	移送期間及び回数	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで (回数 回)		
移送に要した費用	円			

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

関東信用組合連合 健康保険組合

※この申請書には、移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)を添付してください。また、外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所氏名を明記した翻訳文を添付してください。