

被保険者
被扶養者

移送費支給申請書

被保険者等 記号・番号	記号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください						
	番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
被保険者氏名	(フリガナ)				生年月日	年	月	日
被保険者の住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 丁目、番地、アパート名等詳細に記入してください。							
電話番号	- -							
申請が被扶養者の場合はその者の氏名				生年月日	年	月	日	被保険者との続柄
傷病名				発病又は負傷の年月日	年	月	日	
発病又は負傷の原因								
仕事中又は第三者行為による傷病ですか？	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 仕事中(業務上・通勤途上) <input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> いいえ							
受診した医療機関等の名称、所在地及び診療した医師等の氏名	名称 所在地 医師等の氏名							
移送年月日	年	月	日	移送回数	回	移送費用	円	
付添人がある場合はその者の氏名				生年月日	年	月	日	
付添人の住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
移送経路								
移送方法				移送距離	km			

銀被 行保 口座 険者 座者	□マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。(利用する場合は□にチェック、利用しない場合は下記の欄を記入。) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金口座を利用できません。							
	銀行		本店		普通		口座番号 ()	
	金庫		支店		口座名義 ()			
	農協		出張所					

健 保 組 合 処 理 欄	支給金額	¥	常務理事		事務長		係		確認	
	款項目		取得		年 月 日					
	支給決定年月日		喪失		年 月 日					
	支払年月日		受付日付印							
	支給額計算									
備考										