

健康保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書



<被保険者記入用>

1. 記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。
 2. この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。(修正液・修正テープ等での訂正は認められません。)
 3. 記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」を確認してください。

① 提出日		令和 年 月 日		健康保険組合より問合せ可能な連絡先を記入ください。	
② 被保険者等		記号(3桁)	番号(6桁)	<input type="checkbox"/> 勤務先携帯 <input type="checkbox"/> 個人携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先電話 <input type="checkbox"/> 自宅電話	
③ マイナンバー		個人番号(12桁)		④ 事業所名(会社名)	
⑤ 被保険者名		(フリガナ)		⑥ 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
⑦ 現住所		(〒 -) (電話)			
⑧ 移送を受けた者の氏名		(フリガナ)		⑨ 続柄	⑩ 生年月日
⑪ 傷病名		⑫ 発病または負傷年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
⑬ 発病または負傷した原因		(どこで) (どのようにして)			
⑭ 第三者行為によるものですか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	⑮ 業務上または通勤途上での傷病ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	※「はい」の場合は移送費支給申請に該当しない場合があります。
⑯ 診療を受けた医療機関		名称 住所			
⑰ 移送期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間			
⑱ 移送経路		⑲ 移送回数		回	
		⑳ 距離		Km	
㉑ 利用交通機関		㉒ 移送後		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	
㉓ 移送先(施設等)		名称 住所			
㉔ 移送に要した費用		円			
㉕ 付添人の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ありの場合	氏名 住所	
㉖ 移送を必要とする理由 または 付添人が必要な場合の理由					
㉗ 被保険者が在籍の場合		委任状		給付金の受領を事業主へ委任します。	
				被保険者署名	
㉘ 被保険者が退職後(予定)の申請の場合		振込先		銀行・農協 支店 預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 信金・信組 出張所	
		口座番号		口座名義(フリガナ)	