

※	同 年 月 日	令和 年 月 日	決	常務理事	事務長	記入例
支払給	支 払 年 月 日	令和 年 月 日	裁			
	支 給 額					
決議書	支 給 内 訳	法定 款 項 目	資 格	得 喪	年 月 日	療 養 得 喪 年 月 日

健康保険 被保険者家族 移送費支給申請書

◎記入の方法は記入例が異なりますからよく読んでください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

被 保 険 者 の 記 入	被保険者証の記号・番号(左詰め) 4 3 2 1 5 9 7 8 9 0 0	⑦ 生 年 月 日 昭 平 令 4 7 0 9 0 8	被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人 0:無 1:有	受付年月日
保 険 者 の 記 入	①被保険者の(申請者)氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ (氏) 健保 太郎 <small>※押印不要の為、下記確認欄に☑が必要です。</small>		事業所の名称 (会社名)	所在地 (会社の住所)		
被 保 険 者 の 記 入	被保険者の(申請者)住所 郵便番号 1 0 0 - 0 0 0 0 (フリガナ) トウキョウトチュウオウクマルマル 電話番号 03-xxxx-xxxx 住所 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101		被扶養者が移送を受けたときはその者の ②氏名 健保 花子 生年月日 昭 平 令 1 1 年 1 2 月 1 3 日 被保険者との続柄 長女			
傷 病 名 の 記 入	傷病名 病名等		発病または負傷の年月日(療養開始日) 令和 0 4 1 0 0 1		令和	
発 病 又 は 負 傷 の 原 因 の 記 入	発病又は負傷の原因を詳しく 原因負傷 ※原因不祥時以外は詳しく				③第三者行為によるものですか 0:いいえ 1:はい <small>「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。</small>	
診 療 等 の 記 入	診療等の支給又は手当を受けた病院あるいは診療所(医院)の 名称 (病院名) 所在地 (病院の住所)		診療した医師氏名 (先生の名前)			
移 送 の 記 入	移送を受けた区間、移送期間および費用の請求 区間 〇〇区〇〇 から △△区△△ まで 移送期間(支給期間) 自 0 2 0 8 0 1 年 月 日 至 年 月 日 移送回数 1 回 移送に要した費用の額 28,000 円 距離 15 km 利用交通機関 (交通機関名)		④移送後 0:入院外 1:入院		移送先(病院) (病院名)	
確 認 欄	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p>確認欄 この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。</p> <p><input type="checkbox"/> ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。</p> </div>					
支 給 の 記 入	承認番号	支給算出額(手)	調整減額コード	調査先コード	振込銀行	
支 給 の 記 入	2:事業所経由 預金種別 普通		お勤め中の方は、事業所経由になります。任継の方は、被保険者名義の銀行口座を記入して下さい。			
支 給 の 記 入	口座名義		振込銀行			
受 取 代 理 人 の 記 入	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。					
受 取 代 理 人 の 記 入	被保険者(申請者)住所氏名	代理人の氏名	代理人住所			
受 取 代 理 人 の 記 入	電話		電話			
社会保険労務士の提出代行者名						

【重要】必ず☑をお願いします。押印に変わる重要事項となります。

【訂正方法】
 ●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。
 例: あいうえお かきけこ(健保太郎)

記入上の注意 1 (被保険者が記入するところ)

1. この申請書は、被保険者及び被扶養者について移送の承認があった場合にその費用の支給を受けるため申請するものです。
2. この申請書には、移送に要した費用の領収書を必ず添付して下さい。
3. 標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方をマルで囲んでください。
4. 標題の「被保険者」の文字をマルで囲んだときは、㊦欄に「該当せず」と記入して下さい。
5. ㊦㊧㊨の欄は、該当する番号をマルで囲んでください。
6. ㊩の欄は、押印は不要です。**※押印に変わる重要事項として、必ず確認欄に☑をお願いします。**
7. 傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」をこの書類に添付して下さい。
8. 証明書等が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下さい。
9. 字句を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。
10. 給付決定に際して、当健保組合より内容確認の連絡をさせていただくこともございます。

記入上の注意 2 (支払金融機関の欄・受取代理人の欄)

1. 支払区分の欄は、該当する番号をマル(○)で囲んでください。

支 払 区 分	内 容
1 銀行振込	給付が決定した場合、指定の銀行の口座へ振込みます。
2 事業所経由	原則被保険者本人の在籍している事業所にまとめて送金しますので、事業所担当者より受取ってください。

2. 給付金の受け取りを他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入してください。また、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入してください。