

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者の (右づめ)	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日 年 月 日	歳
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
	氏名	(フリガナ)			
住所	(〒 -)		都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()			

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※退職者も必ず署名してください。	令和 年 月 日
	氏名		

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()		本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text"/> 右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。)		
	<input type="text"/>			

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印



健康保険 移送費 支給申請書

被保険者(申請者)・療養担当者記入用

申請内容	1 移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1 - ①移送を受けた方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	2 傷病名		3 発病または負傷年月日	令和 年 月 日
	4 発病または負傷の原因			
	5 移送経路			
	6 移送方法			
	7 移送年月日	令和 年 月 日		
	8 付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名)・ <input type="checkbox"/> 無 〒 -		
	9 移送に要した費用の額	円		

療養担当者記入欄	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。(所在地及び名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印願います。)	
医療機関の所在地		
医療機関の名称		
医師の氏名		
	電話	()



健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者の (右づめ)	11	123456	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	45	525	55 歳
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎				
	住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)	△△ 都道府県	△△市△△番△△号 △△△マンション601			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 070 (0000) 1111						

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※退職者も必ず署名してください。	令和 7 年 9 月 7 日
	氏名	健保 太郎	

振込先指定口座	金融機関 名称	〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	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	123456 右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(ㇿ)は1字としてご記入ください。) ケンポ ゝ タロウ		

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印



健康保険 移送費 支給申請書

被保険者(申請者)・療養担当者記入用

申請内容	1 移送を受けた方	2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)			
	1 - ①移送を受けた方の	氏名	健保 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 48 年 8 月 7 日
	2 傷病名	肋骨骨折、肺挫傷		3 発病または 負傷年月日	令和 7 年 8 月 10 日
	4 発病または負傷の原因	旅先で階段から転落			
	5 移送経路	〇〇島病院から△△大学病院			
	6 移送方法	救急車、海上タクシー			
	7 移送年月日	令和 7 年 8 月 10 日			
	8 付添人の有無 及びその住所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (氏名 黒猫花子医師)・ <input type="checkbox"/> 無 〒 × × × - × × × × △△県△△市△町△番地 〇〇島病院			
	9 移送に要した費用の額	33,000 円			

療養担当者記入欄

移送を必要と認めた理由

療養担当者(医師)記入欄
※被保険者は記入しないでください。
※療養担当者(医師)に記入を依頼してください。

医師の氏名

電話 ()

