

# 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	歳
	被保険者の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
	氏名	(フリガナ)					
	住所	(〒	-	)	都	道	府
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)				

「委任状」欄に日付を記入のうえ署名してください。

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(予定)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	退職(予定)者又は法定相続人の方が申請する場合はご記入ください。					
	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			

受付日付印

「申請者・療養担当者・事業主記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;



# 健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)・療養担当者  
・事業主記入用

被保険者氏名

申請内容

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 有 (氏名 )・ 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。)

令和 年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名

電話 ( )

事業主記入欄

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話 ( )

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

# 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	45	525	55 歳
				<input type="checkbox"/> 平成			
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎					
住所	(〒 ○○○ - ○○○○ ) △△ 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」欄に日付を記入のうえ署名してください。

委任状	被保険者 (申請者)	氏名	健保 太郎	令和 7 年 9 月 7 日
	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(予定)者も必ず署名してください。			

振込先指定口座	退職(予定)者又は法定相続人の方が申請する場合はご記入ください。			
	金融機関 名称	〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他( )	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
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。)			
	ケンホ° タロウ			

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		

受付日付印

「申請者・療養担当者・事業主記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;



ヤマトグループ健康保険組合

1/2

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容	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 <b>黒猫花子医師</b> ) ・ <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 ( \_\_\_\_\_ )

事業主記入欄

上記のとおり相違ありません。 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

事業主記入欄  
※被保険者は記入しないでください。

社 提 出 日