

健康保険 被保険者 家 族 移送費支給申請書

①	被保険者証の	記号		②	被保険者の 氏名 生年月日	
		番号				昭・平・令 年 月 日
③	住所	〒 ー (電話)				
④	委任状	この給付の受領を下記⑤の事業所に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名				
		※ 現在⑤の事業所に勤務の方は、委任状に被保険者氏名を記載してください。 ※ 退職後の申請で、上記に委任しない場合は、『給付金等振込送金依頼書』を提出してください。				
⑤	被保険者の 勤務する 事業所の名称					
⑥	移送を受けた方 の氏名 生年月日	昭・平・令 年 月 日			⑦	被保険者 との続柄
⑧	傷病名	⑨	発病または 負傷の年月日	平・令 年 月 日		
⑩	発病または 負傷の原因					
⑪	第三者行為に よるものですか	はい ・ いいえ	⑫	第三者によるときは 第三者の氏名 および住所	氏名 住所	
⑬	移送年月日	⑭		移送方法 (交通機関)		
⑮	移送経路					
⑯	付添人の有無	有 ・ 無	⑰	付添人有のときは 付添人の氏名 および住所	氏名 住所	
⑱	移送に要した 費用	円				
備考	※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)					

【注】

- ・申請書には「移送承認申請書」と、移送に要した費用の「領収書」を添付して下さい。
- ・移送を受けた方が被保険者の場合、⑥欄は省略して差し支えありません。
- ・本書を決定する必要から、勤務先・医療機関等・市区町村・労働基準監督署及び協会けんぽなどに問い合わせをする場合があります。