

【添付書類】以下、**原本**を提出ください

- 1) 移送に要した費用の領収書、及びその明細のわかるもの
- 2) ケガ（負傷）による申請の場合は「負傷原因届」

※通院、一時的・緊急的とは認められない場合は、移送費の支給対象となりません。

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者等 記号・番号	記号 123	番号 45	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。			
	従業員番号	123456		メールアドレス	○○○○@×××.co.jp		
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ			生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	
		健保 太郎				<input type="checkbox"/> 平成 60 年 1 月 15 日 <input type="checkbox"/> 令和	
	住所	(〒 123 - 4567) 東京都○○区□□1-2-3					
電話番号 (日中の連絡先)	×××-×××-×××			マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用される方は チェックを入れてください。			

振 込 先 指 定 口 座 （ ※ ）	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。） 注）口座情報の反映には登録から数日を要します。					
	金融機関名称	○○	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信金 その他 <input type="checkbox"/> 信組 ()	△△	本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7		
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。			口座名義 の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1.申請者 <input type="checkbox"/> 2.代理人	

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。			年	月	日
	代理人 (口座名義人)	署名	口座名義が申請者本人であれば 記入不要			被保険者(申請者)情報の住所と同じ	
	(〒) 住所 氏名 (フリガ)	委任者と 代理人と の関係					

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付日付印

2枚目 (2枚1組)

健康保険 移送費支給申請書

必ず2枚1組で提出してください

申請内容	移送を受けた方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名 健保 太郎)		
	移送を受けた方の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 60 年 1 月 15 日 <input type="checkbox"/> 令和	被保険者との続柄	本人
	傷病名	左大腿骨骨折		
	発病または負傷の原因	自宅の階段にて、足を滑らせ転倒し、落ちた		
	発病または負傷の年月日	2026 年 7 月 4 日		
	移送経路	東京都〇〇区 から 東京都△△区 まで		
	移送方法	タクシー		
	移送年月日	2026 年 7 月 4 日		
	付添人の有無 及びその住所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (氏名 健保 三郎) <input type="checkbox"/> 無 (〒 123 - 4567) 東京都〇〇区△△1-2-3		
	移送に要した費用の額	<u>15,000</u> 円	領収書 (領収明細書) に記載されている金額をご記入ください。	
第三者行為によるときはその事実				
第三者の氏名 及びその住所	氏名 (〒 -)			

医師・歯科医師記入欄	移送を必要と認めた理由	歩行困難な状態であり、医療機関の設備では十分な診療ができず、医師の指示で緊急に転院したため。		
	付添を必要と認め			
	移送経路	※担当医師・歯科医師が記入・証明する欄 (移送を必要と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください)		
	移送方法			
	移送年月日			
	上記のとおり相			
	医療機関の所在			
医療機関の名				
医師の氏名:	健保 三郎	電話	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇	