記入例

1枚目(2枚1組)　　健康保険　**移送費支給申請書**

【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	資格情報のお知らせ、資格確認書等に記載されています。	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 健保　太郎	生年月日	☑昭和 ☐平成 60 年 1 月 15 日 ☐令和
住所	(〒 123 ー 4567) 東京都○○区□□1-2-3		
電話番号（日中の連絡先）	×××-××××-×××		

事業所経由で提出する場合、チェックを入れてください。

☑ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

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（※）

☐ 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	○○	☑銀行 ☐農協 ☐信金 ☐その他 ☐信組 ( )	△△ ☐本店 ☑支店 ☐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。 ケ ン ホ ゜ タ ロ ウ	口座名義の区分	☑1.申請者 ☐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 署名	保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
代理人（口座名義人）	(〒 住所 (フリガ 氏名	委任者と代理人との関係	

口座名義が申請者本人であれば記入不要

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	☑ 被保険者　☐ 被扶養者　（氏名　健保　太郎　）
移送受けた方の生年月日	☑ 昭和　☐ 平成　60 年 1 月 15 日　☐ 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○○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	☑ 有　（氏名　健保　三郎　）　☐ 無 （〒 123 ― 4567 ） 東京都○○区△△1-2-3
移送に要した費用の額	15,000 円
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 （〒 ― ）

移送を受けた方の氏名、生年月日、続柄をご記入ください。

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。

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	
移送方法	
移送年月日	

※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）

上記のとおり相違 … 1 日

医療機関の所在地：

医療機関の名称：

医　師　の　氏　名：　健保　三郎　　電話　○○○　（　○○○　）　○○○