

健康保険組合 使用欄	支給支払決議書													
	受付年月日	令和	年	月	日	資格取得 年月日	昭 平 令	年	月	日	常務理事	事務長	担当者	
	同年月日	令和	年	月	日									
	決裁年月日	令和	年	月	日	資格喪失 年月日	令和	年	月	日				
	支払年月日	令和	年	月	日									
支給決定額							円	経理科目 (選択)		・移送費 ・家族移送費				

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	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
				☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和			
	氏名	(フリガナ)					
	住所	(〒 —)			都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)							

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。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。							
	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	☐ 1. 普通 2. 当座	口座番号	左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。)			口座名義 の区分	☐ 1. 申請者 2. 代理人		

※口座名義の区分が「2. 代理人」の場合のみ、受取代理人の欄をご記入ください。

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。		令和	年	月	日
		氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ				
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒 —)	TEL	()		
		氏名	(フリガナ)				
		委任者と 代理人との 関係					

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

※記入例・必要書類はQRコードから確認できます。⇒



健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)・療養担当者記入用

申請内容	移送を受けた方	☐ 被保険者・ ☐ 被扶養者（氏名）
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 続柄（ ）
	傷病名	
	発病または負傷の原因	
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日
	移送経路	
	移送方法	
	移送年月日	令和 年 月 日
	付添人の有無 及びその住所	☐ 有（氏名） 〒 -
	移送に要した費用の額	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 〒 -	

医師・ 歯科医師 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。 令和 年 月 日	
住所 〒 -		
医師または歯科医師の 氏名		