

健康保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証	記号	番号	事業所名称	
	氏 名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住 所	〒		都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の移送費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

※ 受領について (どちらかに✓) ☐ 事業所への委任払いを希望 (委任所欄へ) ☐ 個人口座への振込を希望 (振込先へ)

振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)			

委 任 状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日
			氏名 (印)
		代理人 (口座名義人)	住所
			氏名 (印)
※委任払いの場合は押印をお願いします			

申 請 内 容	受診者 (どちらかに✓)	☐ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)		第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄 ()
	傷病名			発病又は負傷年月日	平・令 年 月 日
	発病又は負傷の原因				
	移送の経路	移送元: から 移送先: まで			
	移送の手段及び距離	手段: ☐ 専用車 ☐ 鉄道 ☐ その他 () 距離: km			
	移送期間及び回数	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで (回数 回)			
	移送に要した費用	円			

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

セメント商工 健康保険組合 (令3.4)

受付日付印