支給決定額	円	資格取得日	年	月	日
		資格喪失日	年	月	日
移送方法		備考			
移送経路					

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	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者等 (右づめ)		☐ 昭和			
	氏名 (フリガナ)		☐ 平成			
住所	(〒 -)	都 道 府 県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

振込先指定口座	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 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号
	ゆうちょ 記号-番号		左づめでご記入ください。
	口座名義 ※必ず記入ください。	▼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

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)
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。

「2」の場合は必ず記入してください。

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
	代理人 (口座名義人)	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	(〒 -) TEL ()		
	住所 ..(フリガナ)..... 氏名・印		委任者と 代理人との 関係

(R4.10)

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者等記号・番号を記入した場合は不要です)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

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	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)・ ☐ 無 〒 -				
	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				

提出先:健康保険組合

記入例 1/2

得日 年 月 日
戸 資格喪失日 年 月 日

必要添付書類
領収書原本

※黒ボールペンでご記入ください。(消せるボールペンでの記入は受け付けません。)

健康保険組合記入欄

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	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者等 (右づめ)		☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	6 0 0 5 1 8		
	氏名 (フリガナ)	ケンポ タロウ 健保 太郎				
住所	(〒 ●●● - ●●●●)	■■ 都 道 府 (県)	■■市△△●●-●●●-●●●			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ●● (●●●●) ●●●●					

振込先は「給与振込口座」をご記入ください。

振込先指定口座	金融機関名称	ゆうちょ	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	1. 普通 3. 別段	口座番号
	ゆうちょ 記号-番号	●●●●●● - ●●	左づめでご記入ください。	
口座名義	ケンポ タロウ	口座名義の区分	1	1. 申請者 2. 代理人
※ 口座名義(カタカナ)を必ずご記入ください。				
☐ 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 ☒)				
注) ☒ マイナポータルで登録した公金利用口座を使う場合のみチェックを入れてください。				

「2」の場合は必ず記入してください。

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
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒 -) TEL ()	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
				委任者と 代理人との 関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者等記号・番号を記入した場合は不要です)

記号および番号を記入された方は、この欄の記入は不要です。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(R4.10)

受付日付印

健康保険 移送費 支給申請書

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 健保華子)	
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	令和 ●●年 1月 10日	続柄(長女)
	傷病名	△△臓器移植	
	発病または負傷の原因	胸の痛みがひどく、救急搬送され病院で診てもらったところ臓器移植となった。	
	発病または負傷の年月日	令和 ●●年 ●●月 ●●日	
	移送経路	●●島からヘリで●●ヘリポート、国道●号、県道●号線を経由して目的地まで最短経路を利用。	
	移送方法	●●ドクターヘリおよび救急車 各1回	
	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 保健太一(医師)) ・ ☐ 無 〒●●●● - ●●●● ●●県●●市～	
	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	第三者によるものではありません。	第三者行為の場合は、届出が必要です。健康保険組合にご連絡ください。	
第三者の氏名及びその住所	氏名 〒 -		

医師が記入する欄です。証明を頂いてください。

医師・ 歯科医師記入欄	移送を必要と認めた理由	当院にて手術設備が無く、緊急手術・臓器移植を要するため、●●大学病院に移送・手術依頼をした。		
	付添を必要と認めた理由	医師による医学的管理が必要なため。		
	移送経路	●●島からヘリで●●ヘリポート、国道●号、県道●号線を経由して目的地まで最短経路を利用。		
	移送方法	●●ドクターヘリおよび救急車 各1回		
	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	〒●●●● - ●●●● ●●県●●市～			
医師または歯科医師の氏名	保健 二郎			