

やむを得ず、事前に健康保険組合の承認を受けることができなかった場合は、「移送費承認申請書（移送届）」と同時に提出してください。

被保険者  
被扶養者

### 移送費支給申請書

健康保険の	記号	9999	番号	999999	事業所	〇〇株式会社		
移送を受けた方の	氏名	鐘化 健保		生年月日	昭和 平成 令和	59年 1月 10日	続柄	本人
傷病名	脳内出血							
移送日	令和 7年 3月 2日							
移送の方法 及び区間	方法	民間の寝台車		区間	○病院 ~ △病院			経由
移送に要した 費用	120,000 円				移送に要した費用の領収書原本と 内訳明細が分かる証憑を添付し 提出してください。			
付添人の 氏名及び住所	氏名			住所				
支払金融機関 (給付金の受取を代理 人に委任する場合は委 任状も記入)	<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 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 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	支店名		預金種別	口座番号	口座名義 (かた)		
委任状	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名						
	受取代理人 (口座名義人)	住所			TEL (日中連絡先)	被保険者との 続柄		
備考欄	被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添 事業主経由で提出する場合は、 <input type="checkbox"/> にチェックが必要です。							
<input checked="" type="checkbox"/> 上記記載内容に誤りがないことを確認の上、申請します。 令和 7年 4月 2日 住所 〒 999-9999 〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3 被保険者の 氏名 鐘化 健保 電話番号 123-456-789 被保険者の住所・氏名・電話番号を記 入してください								
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主に委任します (委任する場合は 事業主経由で提出する場合は、 <input type="checkbox"/> にチェックが必要です。								
健康保険組合記入欄	総費用			円	備考			
	支給額			円				

※移送に要した費用の領収書原本を添付してください。

※やむを得ず、事前に承認を受けることができなかった場合は、「移送費承認申請書（移送届）」と同時に提出してください。