

| | | | | | | | |
|-------------|---|--------------------|----|----|------------|--|--|
| 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 | 枝番 | マイナ ンバー | 記号・番号を記載した場合は記入不要です | |
| | 氏名 | (フリガナ) | | | 生年 月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | |
| | 住所 | 〒 _____ 都 道 府 県 | | | | | |
| | 電話番号 | 自宅 () | | | | | |
| | | 携帯 () | | | | | |
| 委任 選択欄 | 申請書の審査・決定にあたり、組合からの支払決定通知書等の送付先及び問い合わせ方法について選択してください <input type="checkbox"/> 1. 上記の被保険者(申請者)住所・電話番号へ送付・問い合わせを希望します。 <input type="checkbox"/> 2. 事業所の担当者経由で、送付・問い合わせを希望します。(申請書提出時に既に退職されている方は「1」を選択してください) | | | | | | |

| | | | | | |
|---------|------------|--|------|----------------------------------|---|
| 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 | <input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知 | 口座番号 | ※7桁未満の場合は、頭に0をつけて7桁での記入にご協力ください。 | |
| | 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 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人 |

「2」の場合は受取代理人の欄を必ず記入ください。

| | | | | | |
|---------|----------------|--------------------------------|------------|---------------|---------------|
| 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。 | | | 年 月 日 |
| | 代理人 (口座名義人) | 氏名 | (〒 _____) | TEL (_____) | 申請者との 身分関係 |
| | | 住所 | | | |
| | (フリガナ) 氏名 | | | | |

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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 | <input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 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 | 年 月 日 |
| 移送経路 | |
| 移送方法 | |
| 移送年月日 | 年 月 日 |
| 付添人の有無 及びその住所 | <input type="checkbox"/> 有(氏名)・ <input type="checkbox"/> 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。 | 年 月 日 |
| 住所 | 〒 - |
| 医師または歯科医師の 氏名 | ----- 氏名 |

1. 添付書類

担当の医師が、移送の必要性を認めた場合で、その移送に要した費用の領収書の原本

2. 記入方法

組合ホームページの「申請書一覧（6.給付に関する書式）」にある記入例をご参照ください。

3. 注意事項

- (1) 記入を誤ってしまった場合の訂正方法について
記入誤りがあった場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記載してください。訂正印は不要ですが、訂正した方が分かるように訂正箇所付近の余白に氏名（フルネーム）を記入してください。
- (2) 振込先指定口座について
被保険者（申請者）の口座情報を記入してください。なお、被保険者（申請者）以外の方に振込を希望される場合は、「受取代理人の欄」に被保険者（申請者）および代理人の署名が必要になります。
※扶養家族の方の口座を希望した場合も「代理人」に該当します。受取代理人欄の記載もれがないようご注意ください。
- (3) マイナンバーでの申請について
被保険者等の記号・番号が不明により、マイナンバーで申請する場合は、マイナンバー欄に番号を記入してください。なお、被保険者等の記号・番号は【資格情報のお知らせ】に掲載されています。

4. 提出先と振込日について

- (1) 申請書の提出（送付）先及び問い合わせ先
この申請書は、当組合（下記住所）または事業所の担当者を通じて提出してください。また、申請方法や制度についてのご質問は下記までご連絡をお願いします。

〒135-0047 東京都江東区富岡2丁目11-12
倉庫業健康保険組合 給付課 TEL 03-3642-8436
- (2) 振込日について
記載事項及び添付書類に不備がなければ受付日よりおおよそ2週間程で指定口座へお振込みいたします。
※保険給付決定支払通知書は振込日に、被保険者（申請者）情報の委任選択欄で記入（希望）された所へ送付いたします。