

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
	氏名	(フリガナ) ソウコ タロウ 倉庫 太郎			生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 4 8 0 1 0 1
	住所	〒 100 - 1234 東京 都 道 江東区富岡1-1-1 ライオンズマンション503			
	電話番号	自宅 03 (1234) 5678 携帯 090 (9876) 5432			
	委任 選択欄	申請書の審査 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。 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)			

記号と番号を記入された場合は、マイナンバーは記入しないでください。

被保険者とは、お勤めされ保険料をご負担されている方を指します。被扶養者の方の名前を記入しないよう注意してください。

マンション・アパート名まで記入してください。

組合からの問い合わせ並びに決定通知書の送付先をお選びください。

ゆうちょ銀行は支店番号3桁を記入し、その他の金融機関は支店名を記入してください。

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 其他 ()	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	0 1 2 3 4 5 6
	口座名義	ソウコ タロウ		口座名義の区分 1. 申請者 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)	住所	氏名	申請者との身分関係

被保険者(上記でいう太郎さん)以外の口座を記入された場合は、こちらの「受取代理人の欄」に被保険者と代理人の署名が必要となります。※配偶者の方も代理人にあたります、署名漏れがないようご注意ください。

「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

印

受付日付印

申請内容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(氏名 倉庫 花子)
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	昭和 ・平成・令和 48 年 11 月 30 日 続柄(妻)
	傷病名	腸閉塞
	発病または負傷の原因	不詳
	発病または負傷の年月日	R5 年 5 月 1 日
	移送経路	江東病院から富岡病院まで(国道1号線経由の一般道のみ)
	移送方法	タクシー
	移送年月日	R5 年 5 月 1 日
	付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 有(氏名)・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 〒 -
	移送に要した費用の額	12,000 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	医師・歯科医師記入欄は、移送を必要とする証明を担当医師より受けてください。
	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	