健康保険　被保険者 家族　移送費　支給申請書

被保険者（申請者）・療養担当者記入用

注意　●ＨＰで支給要件を確認の上申請　●消えない黒のボールペン等で記入　●該当する□に✔を記入
●訂正の場合は二重線および押印必要　●記入漏れがある場合、支給が遅れる場合あり

被保険者（申請者）情報

保険証	記号		番号	従業員番号	※事業主から指示があった場合のみ記入
事業所	会社名称		所属部署		
氏名	（フリガナ）		確認欄 □	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人（被保険者）が作成したものである ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している	
生年月日	□昭和 □平成　年　月　日		電話番号（日中の連絡先）	（　　）	
住所	（〒　－　） 都 道 府 県				

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	□昭和 □平成 □令和　年　月　日　続柄
傷病名	
発病または負傷の年月日	□平成 □令和　年　月　日
発病または負傷の原因	□病気 ➡ 発病時の原因（　　）　□ケガ ➡「負傷原因届」を併せてご提出ください
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 （〒　－　） 都 道 府 県
移送に要した費用の額	円

受取方法

□	1	保険証の記号が以下事業所の方 1211、1213、1217、1230、1234、1236、1240 ➡本申請に基づく給付金に関する受領を事業主へ委任※1　（事業主経由で支給）
□	2	被保険証の記号1219の任意継続の方 ➡ 登録口座へ振込み
□	3	1、2以外の方 ➡ 指定口座（被保険者名義）に振込み 3.を選択した場合、右記a.bどちらか記入

指定口座

□ a. 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
注）口座情報の反映には登録から数日を要します

□ b. 以下指定口座への振込を希望します

金融機関名称	銀行　金庫　信組 農協　漁協 その他（　　）	支店コード（　　）	本店　支店 本所　支所 出張所
預金種別	□普通　□当座	口座番号	
口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は1マス開けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字として記入）		

※「受取方法」の1に該当する方は、原則事業主へ委任払いとしておりますが、やむを得ない事情があり個人口座への振込みを希望する場合は指定口座記入

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	令和　年　月　日

上記のとおり相違ありません　（〒　－　）　令和　年　月　日

医師または歯科医師の　住所

氏名　　印

被保険者のマイナンバー記　被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です

受付印	支払印

日野自動車健康保険組合

R5.1-1改訂