

記入見本

支給額 ￥

常務理事	事務長	担当者

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
	被保険者証の (右づめ)	XX	9999	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	XXXXXX	
	氏名・印	(フリガナ) アコム タロウ	阿込 太郎	<input type="checkbox"/> 平成		
	住所	(〒 123 - 4567)	〇〇 〇〇市〇〇1-2-3	<input type="checkbox"/> 令和		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL XX (XXXX) XXXX			自署・押印してください。		

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 2. 当座 3. その他	口座番号
	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

在職者は記入不要 (給与口座振込)
退職者は希望する本人口座を記入してください。

印 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ

取代理人の欄	被保険者(申請者)	氏名・印	住所	委託者と代理人との関係
	代理人(口座名義人)	(〒 -) TEL ()	(フリガナ)	

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者証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。(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

(01.5)

受付日付印

備考欄

社会保険労務士
提出代行者名記載欄

(アコム社員の方へ)
マイナンバーは絶対に記載しないでください。
被保険者の記号番号がわからない場合はお問い合わせください。

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 checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名 阿込 華子)
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	昭和 平成・令和 XX 年 XX 月 XX 日 続柄(妻)
	傷病名	急性心筋梗塞
	発病または負傷の原因	不明
	発病または負傷の年月日	平成・令和 XX 年 XX 月 XX 日
	移送経路	A病院～B病院
	移送方法	救急車にて搬送
	移送年月日	平成・令和 XX 年 XX 月 XX 日
	付添人の有無及びその住所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (氏名 阿込 太郎)・ <input type="checkbox"/> 無 〒 - 1枚目に同じ
	移送に要した費用の額	〇万 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 印