

健康保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書

1

2

ページ

被保険者記入用

移

加入者が移送のための費用を支払い、払い戻しを受ける場合にご使用ください。

なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者情報	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日	年	月	日
	記号・番号					
	個人番号 (マイナンバー)					
	氏名・印	(フリガナ)				
住所	(〒	—	)	都	道	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)	府	県	

振込先指定口座	公金受取口座の 利用について	☐ 1.希望する ☐ 2.希望しない	「1」を選択された場合は、事前にマイナポータル等にて公金受取口座として登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は 不要 です。			
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所				
	預金種別	☐ 1.普通 3.別段 ☐ 2.当座 4.通知	口座番号		左づめでご記入ください。	
	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。)				

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

様式番号

協会使用欄

6 8 1 1 1 7

1

受付日付印

(2026. 3)

被保険者氏名

記入方法については「記入の手引き」をご確認ください。

申請内容

移送を受けた方

☐

1. 被保険者
2. 家族(被扶養者)

家族の場合はその方の

氏名

生年月日

- ☐ 昭和
☐ 平成
☐ 令和

年

月

日

傷病名

発病又は負傷年月日
(療養開始日)

- ☐ 平成
☐ 令和

年

月

日

発病の原因
および経過
(詳しく)☐

1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

第三者の行為によるものですか

- ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合は「第三者行為による
傷病届」を提出してください。

診療等の支給又は手当
を受けた病院あるいは
診療所(病院)の

名称

診療を担当した
医師等の氏名

所在地

移送経路

(フリガナ)

から

まで

移送後

- ☐ 0. 入院
☐ 1. 入院外

移送先

移送期間
(支給期間)

- ☐ 平成
☐ 令和

年

月

日から

- ☐ 平成
☐ 令和

年

月

日まで

日間

移送回数

回

移送に要した
費用の額

円

距離

km

利用交通機関

移送を必要とする理由

症状、その他具体的に記入してください。
また、付添人が必要な場合は、人数とその必要な理由を併記してください。

付添人の有無

- ☐ 有 →

付添人の
氏 名付添人の
住 所

- ☐ 無

様式番号

6 8 1 2 1 6