

| | | | | | | |
|---|-----------|----------|---|---------|---------|-----|
| ※ | 同 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 決 | 常務理事 | 事務長 | 記入例 |
| 支 | 支 払 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 裁 | | | |
| 決 | 支 給 額 | | 資 | 得 年 月 日 | 得 年 月 日 | |
| 議 | 支 給 内 訳 | | 格 | 喪 年 月 日 | 喪 年 月 日 | |

健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書

| | | | | | | |
|---|--|--|---|-------------------------|--|---------|
| 被 | 被保険者の記号・番号(左詰め) | ⑦ 生 年 月 日 | 被扶養者番号 | 給付記録番号 | 受取代理人 | 受付年月日 |
| 保 | 4 3 2 1 5 9 7 8 9 0 0 | 昭 年 月 日 平 4 7 0 9 0 8 令 | | | 0:無 1:有 | |
| 險 | ①被保険者の(申請者)氏名 | (フリガナ) ケンポ (フリガナ) タロウ (氏) 健保 (名) 太郎 | 事業所の名称 (会社名) | 所在地 (会社の住所) | | |
| 者 | 被保険者の(申請者)住所 | 郵便番号 1 0 0 - 0 0 0 0 0 (フリガナ) トウキョウトチュウオウクマルマル | 電話番号 03-xxxx-xxxx 住所 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101 | | | |
| が | 被扶養者が移送を受けたときはその者の | ⑧氏名 健保 花子 | 生年月日 昭 11 年 12 月 13 日生 平 令和 | 被保険者との続柄 | | 長女 |
| 記 | 傷病名 | 病名等 | 発病または負傷の年月日 (療養開始日) | 令和 年 月 日 0 4 1 0 0 1 | 令和 年 月 日 | |
| 入 | 発病又は負傷の原因を詳しく | 原因負傷 ※原因不祥時以外は詳しく | | | ①第三者行為によるものですか 0:いいえ 1:はい 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。 | |
| す | 診療等の支給又は手当を受けた病院あるいは診療所(医院)の | 名称 (病院名) | 診療した医師氏名 (先生の名前) | | | |
| る | | 所在地 (病院の住所) | | | | |
| と | 移送を受けた区間、移送期間および費用の請求 | フリガナ 〇〇区〇〇 から フリガナ △△区△△ まで | ⑨移送後 | 0:入院外 | 1:入院 | |
| こ | | 移送先 (病院) | (病院名) | | | |
| ろ | | 移送期間(支給期間) | 移送回数 | 移送に要した費用の額 | 距離 | 利用交通機関 |
| | | 自 0 2 0 8 0 1 至 年 月 日 | 1 回 | 28,000 円 | 15 km | (交通機関名) |
| | 確認欄 | この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ※☑をお願いします。 | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | ①申請者本人(被保険者)が... ②記載内容に... 原則、お勤め中の方は、2.事業所経由(銀行等記入不要)になります。任継の方は、1.銀行振込(任継取得時にご記入の受取銀行口座のため銀行等記入不要)となります。 ※退職者のみ銀行名等詳細記入必須。 ★公金受取口座の利用制度詳細は、当健保HPお知らせをご覧ください。 | | | | |
| 機 | 支給承認番号 | 振込 振込銀行 | 銀行 | 本店 支店 出張所 | | |
| 関 | 口座名義 | 振込 振込銀行 | 銀行 | 本店 支店 出張所 | | |
| 受 | <input checked="" type="checkbox"/> ①本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 | 被保険者(申請者) 日付 | 令和 7 年 4 月 1 日 | | | |
| 取 | 事業主名称 | ●●●●株式会社 | 氏名 | 健保 太郎 | | |
| 代 | <input type="checkbox"/> ②本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 | 被保険者(申請者) 住所 | 氏名 | | | |
| 理 | | 被保険者(申請者) 住所 | 氏名 | | | |
| 人 | | 電話 | () | | | |

◎記入の方法は記入例がありますからよく読んでください。
◎「※」印欄は記入しないでください。
◎受取代理人欄の記入方法は記入例をご確認ください。未記入の場合は返却し、再提出をお願いいたします。

【重要】必ず☑をお願いします。押印に変わる重要事項となります。

原則、お勤め中の方は、2.事業所経由(銀行等記入不要)になります。任継の方は、1.銀行振込(任継取得時にご記入の受取銀行口座のため銀行等記入不要)となります。 ※退職者のみ銀行名等詳細記入必須。 ★公金受取口座の利用制度詳細は、当健保HPお知らせをご覧ください。

【訂正方法】
●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。
例： あいうえお かきくけこ(健保太郎)

お勤め中の方は、事業主経由になります。
令和7年4月1日より
「受取代理人の欄」の①を選択し、事業主名・被保険者氏名・日付の記入をお願いします。
※事業主への受領委任は給付の都度とする運用に変更。

記入上の注意 1 (被保険者が記入するところ)

- ◆ 保険証新規発行廃止に伴い、被保険者の記号・番号は、「資格情報のお知らせ／マイナポータル」で確認できます。
1. この申請書は、被保険者及び被扶養者について移送の承認があった場合にその費用の支給を受けるため申請するものです。
 2. この申請書には、移送に要した費用の領収書を必ず添付して下さい。
 3. 標題の「被保険者」・「家族」の文字は、いずれか該当する方をマルで囲んでください。
 4. 標題の「被保険者」の文字をマルで囲んだときは、㊦欄に「該当せず」と記入して下さい。
 5. ㊦㊧㊨の欄は、該当する番号をマルで囲んでください。
 6. ㊩の欄は、押印は不要です。**※押印に変わる重要事項として、必ず確認欄に☑をお願いします。**
 7. 傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」をこの書類に添付して下さい。
 8. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
 9. 字句を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。
10. 給付決定に際して、当健保組合より内容確認の連絡をさせていただくこともございます。

記入上の注意 2 (支払金融機関の欄・受取代理人の欄)

1. 支払区分の欄は、該当する番号をマル(○)で囲んでください。

| 支 払 区 分 | 内 容 |
|----------|--|
| 1 銀行振込 | 給付が決定した場合、指定の銀行の口座へ振込みます。 |
| 2 事業所経由 | 原則被保険者本人の在籍している事業所にまとめて送金しますので、事業所担当者より受取ってください。 |
| 3 公金受取口座 | 公金受取口座利用制度については、デジタル庁ホームページをご確認いただき、事前に登録が必要となります。 |

2. **在籍者は原則「①本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。」を選択し、事業主名・氏名・日付を記入してください。**
ただし、給付金の受け取りを他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要な事項を記入し、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入してください。
3. 公金受取口座の利用について
- 利用の際には、マイナポータルにおいて事前登録が必要です。
- ※公金受取口座は、マイナポータルからいつでも変更が可能なため、預貯金口座の実在性の確認等が行われます。
登録した情報等の反映までに数日程度要することがあり、支給までに時間を要する場合があります。
- 当組合では、これまでどおり、原則として事業主へ送金。
公金受取口座への送金を希望される方のみ、申請書類への意思表示が必要となります。