

Example

Please refer to the separate sheet for information about filling out this form.

健康保険 被保険者 移送費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号番号		② 被保険者(申請者)の氏名		③ 被保険者の生年月日		
	記号	番号	② 山口太郎			昭和	6月1日
	1234	① 12345678				50年	
	④ 被保険者(申請者)の住所		〒	TEL	※日中連絡の取れる電話番号を記入してください。		
	家族が移送を受けたときはその者		⑤ 該当者氏名		⑥ 続柄	⑦ 該当家族の生年月日	
			⑤ 山口一郎		⑥ 長男	平成	9月1日
	⑧ 事業所の所在地		⑧				
	⑨ 傷病名		⑨				
	⑩ 発病または負傷の原因を詳しく		⑩ 不明				
	⑪ 負傷原因が第三者により生じたものですか		⑪ いいえ ・ はい				
	⑫ 移送の経路		移送元		移送先		
			***病院		から	***病院	
	⑬ 移送の手段及び距離		移送手段			距離	
			⑬ 専用車・鉄道・その他()			約** km	
⑭ 移送期間・回数及び費用		移送期間(自)		移送期間(至)		回数	移送費用
		年月**日		**年**月**日		1回	***,***円
支給 払付 先金		給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。 尚、給与振込口座(被保険者本人名義)にない場合は、振込先銀行(普通・当座貯蓄)を記入してください。 In general, payment can only be made to an account in the insured person's name. If not the account by which the insured person is paid salary/wages, then enter another bank account in the insured person's name.					

受付日付印

- ① Health Insurance Card Symbol / Number
- ② Name of Insured Person (Applicants)
- ③ Date Birth of Insured Person
- ④ Address (with Zip Code) and Telephone Number of Insured Person (Applicants)
* Please indicate your current address and the telephone number where you can be reached during the day.
- ⑤ Name of Dependent if this is about him/her
- ⑥ Relationship
* If applying for a child, do not simply write “Child” as the relationship. Instead, write “Eldest son”, “Eldest daughter”, etc.
- ⑦ Date Birth of Dependent if this is about him/her
- ⑧ Business Entity Address and Business Entity as displayed on your Health Insurance Card
- ⑨ Name of Illness or Injury
- ⑩ Cause of Illness or Injury
If it is external, write the cause in detail.
- ⑪ Caused by a Third-party ?
Circle one Yes : はい , No : いいえ
- ⑫ Transfer Route
- ⑬ Transfer Method and Distance
- ⑭ Period of Transfer, Number of Transfers and Cost