

健康保険被保険者家族移送費支給申請書

1

2

被保険者記入用

被 保 險 者 情 報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入して下さい		
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)				
	氏名	(フリガナ)	生年 月日	元号	年 月 日
	住所	(〒 -)	都道府県		
	電話番号 (日中の連絡先)	()			
移送費受給要件確認のため、健康保険組合が必要事項について調査することに			☐ 同意する ☐ 同意しない		
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)					

振 込 先 指 定 口 座	☐ 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。(利用する場合は ☒ 利用しない場合は下記の欄を記入。)				
	注1) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。 注2) 給付金の受取をマイナポータル等で登録した公金受取口座にした場合、申請後に公金受取口座情報を登録・変更・抹消されたときは、変更前の口座に給付される場合があります。				
	※在職期間中の申請をする場合は、下記の記入は不要です。				
	金融機関名・店舗名	農業協同組合			本店 支店
金融機関コード ・店番号		口座 種別	☐ 1. 普通 ☐ 2. 当座	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文字としてご記入ください。			口座名義 の区分	☐ 1. 被保険者 ☐ 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

受 領 代 理 人 の 欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。			年 月 日
		氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係	
		氏名	(フリガナ)		

※添付書類や支給要件等を、事前に愛知県農協健康保険組合ホームページでご確認のうえ申請してください。

「被保険者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付日付印

健康保険被保険者家族移送費支給申請書

1

2

被保険者記入用

申請内容	移送を受けた方の氏名	(フリガナ)	性別	続柄	生年月日			
			☐ 男 ☐ 女		元号	年	月	日
	傷病名	発症又は負傷年月日(療養開始日)			元号	年	月	日
	発病の原因及び経過(詳しく)	☐ 1. 病気 ☐ 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 ➡ 「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」をご提出ください。 ☐ いいえ						
	診療等の支給又は手当を受けた病院あるいは診療所の	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		(フリガナ)まで			
	移送後	☐ 入院	☐ 入院外	移送先				
移送経路、移送方法、移送期間及び費用の請求	移送期間(支給期間)	元号	年	月	日	から	日間	
		元号	年	月	日	まで		
利用交通機関			移送に要した費用の額		円			
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					
	☐ 無							