

被保険者（申請者） 情報	記号	1 2 5 0	番号	0 0 0 0 0 1	生年月日	年	月	日
	被保険者証の （右づめ）				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	6	0	0 8 0 2
	氏名	(フリガナ) 健保 太郎 健保 太郎						
	住所	(〒 350 - 0001) 埼玉県 川越市〇〇1-1-1						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (0001) 0001							
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は□にレ）								

振込先指定口座	金融機関 名称	健康信用	銀行 <u>金庫</u> 信組 農協 漁協 その他()	本店 <u>支店</u> 出張所 本所 支所
	預金種別	1 普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	1 2 3 4 5 6
	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。） ケンホ゜ タロウ		口座名義 の区分
				1 申請者 2.代理人

「2」の場合は必ず記入ください。

受取代理人の欄	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。		令和 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)	(〒 -) TEL ()		
		住所 (フリガナ) 氏名	委任者と 代理人との 関係	

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

常務理事	事務長	係長	担当者

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

申請内容	移送を受けた方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者（氏名 健保 太郎）
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	昭和 平成 令和 60 年 8 月 2 日 続柄（本人）
	傷病名	△△病
	発病または負傷の原因	不詳
	発病または負傷の年月日	令和 1 年 5 月 1 日
	移送経路	朝霞→川越
	移送方法	専用車両
	移送年月日	令和 1 年 5 月 10 日
	付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 有（氏名） <input checked="" type="checkbox"/> 無 〒 -
	移送に要した費用の額	80,000 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	治療可能な医療施設への転院
	付添を必要と 認めた理由	
	移送経路	朝霞→川越
	移送方法	専用車両
	移送年月日	令和1年5月10日
	上記のとおり相違ないことを証明する。	令和 1 年 5 月 10 日 住所 〒 340 - 0001 埼玉県朝霞市〇〇1-1-1
医師または歯科医師の	氏名 埼玉しんきん病院 医師 埼玉次郎	