

▼申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入下さい。 ※被保険者記入用

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日
	被保険者証の	1 0 - 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 0 3 年 1 0 月 0 1 日
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健 保 太 郎	
	住所	(〒 4 6 0 - △ △ △ △) 愛知 都 道 府 県 名古屋市 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
電話番号 (日中の連絡先)	0 5 2 (× × ×) × × × ×		

振 込 先 指 定 口 座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 代理店 本店営業部 本所 支所
	預金種別	1 1.普通 2.当座 3.別段 4.通知	口座番号 △ △ △ △ △ △
	口座名義	▼カタカナでご記入下さい。 姓と名の間は1マス空けて、濁点(゜)半濁点(ˇ)は1字としてご記入下さい。 ケンポ 〃 ハナコ	口座名義 の区分 2 1.被保険者 2.代理人

▼口座名義の区分が「1.被保険者」の場合は、「2.代理人」の場合のみご記入ください。

受 取 代 理 人 欄	被保険者	氏名 健 保 太 郎	住所 「被保険者情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	住所 (〒△△△ - △△△△) TEL ××× (×××) ×××× 愛知県名古屋市 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ (フリガナ) ケンポ ハナコ 氏名 健 保 花 子	被保険者との 関係 妻
	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 6年 4月 10日		

社会保険労務士の提出代行者名記載欄				

受付日付印

常務理事	事務長			

被保険者氏名

健保 太郎

※被保険者記入用

移送を受けた方

2

1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）

家族の場合は
その方の

氏名

健保 花子

生年月日

昭和
平成
令和

8年

5月

10日

傷病名

発病または
負傷年月日

令和

6年

10月

23日

該当の傷病は病気（疾病）です
か、ケガ（負傷）ですか。

2

1. 病気 2. ケガ

「病気」と答えた場合、
発病時の状況をご記入くださ
い。「ケガ」と答えた場合、
ケガの原因をご記入くださ
い。

1

1. いいえ → 「第三者行為による傷病届」
2. はい を併せてご提出下さい

勤務中もしくは通勤中のケガですか（労災）

1

1. いいえ 2. はい

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

〇〇〇病院

所在地

愛知県□□□□□□□□□□

診療した医師等の氏名

〇〇 〇〇

申請
内容移送経路、
移送方法
移送期間及び
費用の請求

移送経路

(フリガナ)

×××医院

から

(フリガナ)

〇〇〇病院

まで

移送後

0

0. 入院 1. 入院外

移送先

〇〇〇病院

移送期間
(支給期間)

令和

6

年

1

0

月

2

3

日

から

令和

6

年

1

0

月

2

3

日

まで

1

日間

移送回数

1

回

移送に要した
費用の額

8,000 円

距離

1

5

k m

利用交通機関

タクシー

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。×××医院の設備では十分な診療が出来ず、〇〇〇病院に転院
するため。

付添人の有無

1

1. あり 2. なし

「あり」と答えた場
合、付添人の氏名と
住所をご記入くださ
い

氏名

組合 一郎

住所

愛知県□□□□□□□□□□

被保険者氏名

健保 太郎

※医師、歯科医師記入用

この欄は、医師、歯科医師に記入してもらってください。

移送を必要と認めた理由

付添を必要と認めた理由

入院した病院または
診療所の名称医師
・
歯科
医師
記
入
欄

令和 年 月 日から

入院した期間 日間

令和 年 月 日まで

移送の経路および方法

上記の通り相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

医療施設の所在地

医療施設の名称

医師または歯科医師の氏名

電話番号 ()