

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書  
家族

臓器等の移植に伴う搬送

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	住所	〒	—	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	( )		
	事業所名称	提出委任			<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )			

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他( )	預金種別	普通・当座・その他( )
	支店名	支店・本店・出張所 その他( )	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)	口座名義区分		被保険者(申請者)・代理人

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。 被保険者と代理人はそれぞれ本人が記入してください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和	年	月	日
		代理人 (口座名義人)	住所 氏名	被保険者との関係( )			

被保険者記入欄	受診者(どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)					
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄( )
	傷病名	発病又は負傷の年月日		令和	年	月	日	
	派遣・搬送に要した費用	円						

医師の意見欄	受診者氏名			傷病名			
	派遣・搬送を必要とする理由						
	実施日	令和	年	月	日		
	派遣・搬送の方法および経路						
	上記記載内容について相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名 医師氏名 電話番号 ( )						

※別途、添付書類が必要となります。記入例を必ずご覧ください。

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄