

自署の場合、捺印不要

届書コード	作成区分	届書	作成区分
304	34	届書	3:給付記録 (支給記録) 4:給付記録 (承認記録)

健康保険被保険者家族移送費支給申請書

社会保険委員
の点検済印

被保険者証の記号・番号	④ 生年月日	⑤ 被扶養者番号	⑥ 給付記録番号	⑦ 受取代理人	⑧ 受付年月日
① 99 ② 1000 ③ 5:昭 7-平 480710	年 月 日			0:無 1:有	年 月 日
⑨ 被保険者の (申請者) 氏名と印	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	⑦ 名称 事業所の ④ 所在地	〇〇〇株式会社 東京都品川区大崎〇-〇-〇		
⑩ 被保険者の (申請者) 住所	⑩ 郵便番号 141-0032	フリガナ トウキョウトシナガワクオオサキ 東京都品川区大崎〇-〇-〇	(電話番号) 03 (5740)〇〇〇〇		
被扶養者が移送を受 けたときはその者の	⑫ 氏名 健保 花子	⑬ 生年月日 昭和 50年 4月 10日	⑭ 被保険者 との続柄 妻		
⑬ 傷病コード	⑭ 傷病名	⑮ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)			
⑬ カ ナ	脳内出血	年 月 日			
⑯ 発病又は負傷の 原因を詳しく	不詳	⑮ 第三者行為によるものですか 0:いいえ 1: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(医院)の	⑰ 名称 〇〇〇医院 ⑱ 所在地 東京都町田市町田〇-〇-〇	⑲ 診療を担当した 医師等の氏名			
移送を受けた区間、移 送期間および費用の請求	⑲ 区間 フリガナ マチダシ 町田市 から 品川区 まで	⑲ 移送後	0:入院外 1:入院		
⑲ 移送期間(支給期間)	⑲ 移送回数	⑲ 移送に要した費用の額	⑲ 距離	⑲ 利用交通機関	
自 27 04 30 至 27 04 30	1 回	12,500 円	40 km	タクシー	
⑲ 支給回数	⑲ 承認番号	⑲ 支給算出額	⑲ 調整減額コード	⑲ 調査先コード	⑲ 海外表示
回					0:国内 1:海外
⑲ 特別支給コード	(備考)				

⑲ 支払区分	⑲ 金融機関コード	⑲ 口座番号	⑲ 振込 1:振込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払	⑲ 預金種別	⑲ 口座名義	⑲ 郵便局
		0000001	1:普通 2:当座 3:通知 4:別段		ケンポ タロウ	本店 支店

⑲ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	平成 年 月 日
被保険者 住所 (申請者) 氏名	⑲
⑲ 代理人の 氏名と印	⑲ 委任者と代理人との関係
⑲ 代理人 の住所	⑲ 郵便番号
⑲ 住所コード	⑲

平成 27 年 5 月 1 日提出

受付日付印

社会保険労務士の提出 代行印	⑲
-------------------	---

◎ 記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。

◎ 「※」印欄は記入しないでください。

医師記入欄（医師に記入の依頼をしてください）

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

㊟ 傷 病 名	脳内出血
㊟ 移 送 を 必 要 と す る 理 由 〔症状、その他〕 具体的に記入 して下さい。〕	当院では手術が困難であり、△△△ 病院において手術を行う必要が生じ たため。
㊟ 移 送 の 方 法 区 間 ・ 回 数	町田市から品川区へタクシーで移送
㊟ 上記のとおり移送の必要を認めます。 平成 27 年 4 月 30 日 住 所 141-0032 東京品川区大崎〇-〇-〇 医 師 の △△△病院 氏 名 関東 三郎 電 話 03(5470局)〇〇〇〇 番	

（医師への注意事項）

数字または、文字を訂正する場合は、誤った数字または文字をまっ消し、その部分へ㊟欄に押した印と同じ印を押してからその上に正しい数字または、文字を記入して下さい。

医療機関名だけでなく必ず医師の氏名が必要

医師の印

