

届書コード	作成区分	届書	作成区分
304	34		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 が 記 入 す る と こ ろ	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	②	③	1: 明 3: 大 5: 昭 7: 平	年	月	日	※	※	※	0: 無 1: 有	※	年	月
	フリガナ ダイニチ タロウ		フリガナ ダイニチ タロウ		⑦ 名称	〇〇株式会社		⑧ 受付年月日						
	氏名 大日 太郎		フリガナ トウキョウトタイヨウシニッサンチョウ		⑧ 所在地	東京都〇〇区〇〇1-2-3		※						
	⑩ 郵便番号	+	フリガナ トウキョウトタイヨウシニッサンチョウ		(電話番号)									
	⑪ 住所	⑩ 郵便番号	東京都大陽市日酸町1-1-1		(000) (0000)									
	被扶養者が移送を受けたときはその者の	⑩ 氏名	該当せず		⑪ 生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	⑫ 被保険者との続柄				
	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)		年	月	日					
	⑬ カナ	※												
	⑯ 発病又は負傷の原因を詳しく	腹痛を訴えて倒れ、徐々に高熱を發した。					⑰ 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	⑱ 名称	〇〇医院		⑲ 診療を担当した医師等の氏名	〇〇 〇〇								
		⑱ 所在地	東京都〇〇市〇〇5-5-5											
	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 トウキョウトマルマルシ	フリガナ トウキョウトマルマルク	⑲ 移送後	0: 入院外 ① 入院								
			東京都〇〇市	東京都〇〇区	⑲ 移送先	〇〇大学 病院								
		⑲ 移送期間 (支給期間)	自 181015 至		⑲ 移送回数	1 回								
					⑲ 移送に要した費用の額	〇〇〇〇〇 円								
					⑲ 距離	〇〇 km								
					⑲ 利用交通機関	民間救急車								

◎ ◎ 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。

※	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	⑲ 海外	⑲ 特別支	⑲ 特別支	(備考)
	回					0: 国内 1: 海外			

支 払 金 融 機 関 の 欄	⑲ 支払区分	※	1: 振込 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払	⑲ 預金種別	1: 普通 2: 当座 3: 通知 4: 別段	⑲ 口座名義	銀行 金庫 農協	本店 支店
	⑲ 金融機関コード	※						
	⑲ 口座番号							郵便局

受 取 代 理 人 の 欄	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 18年 10月 16日 提出
	平成 18年 10月 16日					受付日付印
	被保険者 (申請者) 住所	〒000-0000 東京都大陽市日酸町1-1-1				
	被保険者 (申請者) 氏名	大日 太郎				
⑲ 代理人の氏名	フリガナ			⑲ 委任者と代理人との関係		
代理人の住所	⑲ 郵便番号	+	フリガナ		送信	
	⑲ 住所コード	※				

社会保険労務士の提出代行	
--------------	--