

届書コード	作成区分	届書
304	34	

作成区分	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(第 回)

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	送信	(8)受付年月日				
	(1)	(2)	(3)	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)			事業所 印	(ア)名称								
							(イ)所在地								
	(10)被保険者の (申請者) 住 所		(10)郵便番号				(フリガナ)								
			(11)住所コード		※										
	被保険者が移送を受けたときはその者の		(ウ)氏名				(エ)生年月日	年 月 日		(オ)被保険者との続柄					
	傷病名					(12)傷病コード	※						(14)発病又は負傷年月日 (療養開始日)		
						(13)カナ	※						年 月 日		
(カ)発病又は負傷 の原因を詳しく								(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		(キ)名称				(ク)診療を担当した 医師等の氏名									
		(ケ)所在地													
移送を受けた区間、移 送期間および費用の請 求		(10)区間	フリガナ		フリガナ		(17)移送後		0:入院 1:入院外						
			から		まで		移送先		病院						
		(18)移 送 期 間 (支給期間)				移送回数	移送に要した費用の額		距離	利用交通機関					
		自	年	月	日	至	年	月	日	回	円		Km		

※	(19)支給回数	(20)承認番号	(21)支出産出額	(22)調整減額コード	(23)調整先コード	(24)海外表示	(25)特別支給コード	(備考)
	同		円			0:国 内 1:海 外		

支 払 金 融 機 関 の 欄	(26)支払区分	※ 1:振 込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払	(28)預金種別	1:普 通 2:当 座 3:通 知 4:別 段	銀 行 金 庫 農 協	本 店 支 店		
	(27)金融機関コード	※						郵便局
	(29)口座番号							

受 取 代 理 人 の 欄	本請求にもとづく給付金に関する権限を代理人に委任します。										
	年 月 日										
	住所 被保険者 (請求者) 氏 名 印										
	(30)代理人の氏名	(フリガナ) 印									
	(32)代理人の住所	(31)郵便番号			(フリガナ)						送信
		(33)住所コード	※								

(裏面)

〔 記 入 上 の 注 意 〕

1. この申請書は、被保険者及び被扶養者について移送の承認があった場合にその費用の支給を受けるため申請するものです。
2. この申請書には、移送に要した費用の領収書を必ず添付して下さい。
3. 標題の「被保険者」・「家族」の文字は、いずれか該当する方をマルで囲んで下さい。
4. 標題の「被保険者」の文字をマルで囲んだときは、(ウ)、(エ)、(オ)欄に「該当せず」と記入して下さい。
5. (4)、(15)、(17)、(28)の欄は、該当する番号をマルで囲んで下さい。
6. 傷病の原因が、第三者行為によるものであるときは、別に第三者行為による傷病届をこの書類に添付して下さい。
7. 給付金の受領方を他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入して下さい。
8. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
9. 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して、氏名欄の認印を押しそのうえに正しい字句を記入して下さい。
10. ※印の欄は、記入しないで下さい。