

# 記入例

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 の 記 入 す と こ ろ	被保険者証の記号・番号		生年月日			被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人	受付年月日
	702 12780		1: 明大昭平 3: 年 月 日 5: 380615					0: 無 1: 有	年 月 日
	フリガナ ヤマト マルオ 被保険者の(申請者)氏名 山本 〇 雄		フリガナ		事業所の名称 伊藤〇〇〇(株)		所在地 〇〇〇〇〇〇 2-5-1		
	郵便番号 111 〇〇〇		フリガナ		(電話番号)				
住所コード		000 〇〇 町 12-2-5		(電話番号)					
被扶養者が移送を受けたときはその者の氏名		出生年月日		被保険者との続柄					
傷病コード		傷病名		発病又は負傷年月日(療養開始日)					
カナ		白血痛		年 月 日					
発病又は負傷の原因を詳しく		不詳		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)の名称		〇〇市民病院		診療を担当した医師等の氏名		〇〇 〇〇			
〇〇市民病院		〇〇市 〇〇 5-6-7		0: 入院外 1: 入院					
移送を受けた区間		〇〇市民病院 から		△△大学病院 まで		移送後		0: 入院外 1: 入院	
移送期間および費用の請求		移送期間(支給期間)		移送回数		移送に要した費用の額		⑧距離 ⑨利用交通機関	
自 〇〇〇〇 〇 5 至 〇〇〇〇 〇 5		1 回		〇〇〇〇 〇〇		km		〇〇 〇〇 〇	

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。

支給回数	承認番号	②1 支給算出額	②2 調整減額コード	②3 調査先コード	②4 海外表示	②5 特別支給コード	(備考)
					0: 国内 1: 海外		

②6 支払区分	②7 金融機関コード	②8 口座番号	②9 預金種別	③0 口座名義
1: 振込 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払		1234567	1: 普通 2: 当座 3: 通知 4: 別段	銀行コード: 〇〇〇 〇〇〇 銀行コード: 1234 〇〇〇 △△△ ヤマト マルオ

受取代理人の欄	③1 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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日提出
	被保険者住所(申請者)氏名		受付日付印
	③2 代理人の氏名	フリガナ	③3 委任者と代理人との関係
代理人の住所	③4 郵便番号	フリガナ	③5 住所コード

社会保険労務士の提出代行

# 記入例

技官の 意見		技官の 認印	
-----------	--	-----------	--

## 移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

㊦	傷病名	白血病
㊧	移送を必要とする理由 (病状、その他) 具体的に記入 して下さい。	高度先進医療を行う医療機関 においてレーザー治療を行う必要性 を認める。 尚、緊急を要するものである。
㊨	移送の方法 区間・回数	
㊩	上記のとおり移送の必要を認めます。  平成〇〇年〇〇月〇〇日  住所 〇〇〇市〇〇〇 医師の 氏名 〇〇〇市民病院 医師〇〇 〇〇 電話 〇〇〇 ( 〇〇〇局 ) 1234	

(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。

届書コード	作成区分	届書	作成区分
3 0 4	3 4		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 移送費支給申請書

家 族

社会保険委員  
の点検済印

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の記号・番号				生年月日			被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人	受付年月日	
					1: 明 3: 大 5: 昭 7: 平	年	月	日			0: 無 1: 有	年 月 日
	被保険者の (申請者) 氏名		フリガナ				事業所の ⑦名称		⑧所在地			
	被保険者の (申請者) 住所		郵便番号	フリガナ		(電話番号)						
			住所コード	( )								
	被扶養者が移送を受けたときはその者の ⑨氏名				⑩生年月日		明治 大正 昭和 平成		年 月 日	⑪被保険者 との続柄		
	傷病コード		⑫傷病名				発病又は負傷年月日 (療養開始日)		年 月 日			
	カナ											
	⑬発病又は負傷の 原因を詳しく				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		⑭名称		⑮所在地		⑯診療を担当した 医師等の氏名		0: 入院外 1: 入院			
移送を受けた区間、移 送期間および費用の請求		区間	フリガナ		フリガナ		移送後	0: 入院外 1: 入院		⑰移送先 病院		
		から		まで		⑱移送回数		⑲移送に要した費用の額		⑳距離	㉑利用交通機関	
		自	年 月 日	至	年 月 日	回	円	km				

支給回数	承認番号	㉒支給算出額	㉓調整減額コード	㉔調査先コード	㉕海外表示	㉖特別支給コード	(備考)
回					0: 国内 1: 海外		

支 払 金 融 機 関 の 欄	㉗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	㉙	銀行 金庫 農協	本店 支店
	㉚金融機関 コード			口座名義			
	口座番号			郵便局			

受 取 代 理 人 の 欄	㉚ 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 日提出
	平成 年 月 日						受付日付印
	被保険者 住所 (申請者) 氏名						
	㉛代理人の 氏名	フリガナ				㉜委任者と代理人との関係	
代理人 の住所	㉝郵便番号	フリガナ		送信			
	㉞住所コード						

社会保険労 務士の提出 代行	
----------------------	--

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。

技 官 の 意 見		技官の 認 印	
--------------	--	------------	--

## 移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

㊦	
傷 病 名	
㊧	
移 送 を 必 要 と す る 理 由  ( 病 状、 そ の 他 ) 具 体 的 に 記 入 ( し て 下 さ い。 )	
㊨	
移 送 の 方 法 区 間 ・ 回 数	
㊩	上記のとおり移送の必要を認めます。  <div style="text-align: center;">           平成    年    月    日             住 所             医 師 の             氏 名             電 話            (    局    )            番         </div>

( 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。