

| | | | | |
|-------|------|----|------|-------------------|
| 届書コード | 作成区分 | 届書 | 作成区分 | 3: 給付記録 (支給記録) |
| 3 0 4 | 3 4 | | | 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 | 送信 | 8 受付年月日 | | |
| | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 年 | 月 | 日 | | 0: 無 1: 有 | 年 | 月 |
| 9 被保険者の (申請者) 氏名と印 | フリガナ | | | | | | ア 名称 | | | | | | |
| | 印 | | | | | | イ 所在地 | | | | | | |
| 11 被保険者の (申請者) 住所 | 10 郵便番号 | フリガナ | | | | | (電話番号) | | | | | | |
| | 11 住所コード | | | | | | () | | | | | | |
| 被扶養者が移送を受けたときはその者の | ウ 氏名 | エ 生年月日 | | | 明治 大昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | オ 被保険者との続柄 | | | | |
| | 12 傷病コード | | カ 傷病名 | | | | | | 14 発病又は負傷年月日 (療養開始日) | | | | |
| 13 カ ナ | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | |
| | キ 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 | ク 名称 | ケ 診療を担当した医師等の氏名 | | | | | | | | | | | |
| | コ 所在地 | | | | | | | | | | | | |
| 移送を受けた区間、移送期間および費用の請求 | 16 区間 | フリガナ | | | フリガナ | | | 17 移送後 | 0: 入院外 1: 入院 | | | | |
| | から | | まで | | サ 移送先 | 病院 | | | | | | | |
| 18 移送期間(支給期間) | | シ 移送回数 | | ス 移送に要した費用の額 | | セ 距離 | ソ 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 支給算出額 | | 22 調整減額コード | 23 調査先ド | 24 海表外示 | 25 特別支給コード | | (備考) | | | | |
| 回 | | | | | | 0: 国内 1: 海外 | | | | | | | |

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 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 | タ | 銀行 金庫 農協 | 本店 支店 |
| | 27 金融機関コード | | | 口座名義 | | | |
| 29 口座番号 | | | | | 郵便局 | | |

| | | | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|------|--|---------------|----|--|------------|
| 受 取 代 理 人 の 欄 | チ 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 | | | | | | |
| 30 代理人の 氏名と印 | フリガナ | | | ツ 委任者と代理人との関係 | | | |
| 印 | | | | | | | |
| 代理人 の住所 | 31 郵便番号 | フリガナ | | | 送信 | | |
| 32 住所コード | | | | | | | |

| | | | | | | |
|--------------------|--|--|--|--|--|---|
| 社会保険労務士の提出 代行者印 | | | | | | 印 |
|--------------------|--|--|--|--|--|---|

(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、欄に「該当せず」と記入して下さい。
5. 、 、 および²⁸の欄は、該当する番号をマルで囲んで下さい。
6. の欄は、被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。
7. 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。
8. 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、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入して下さい。
9. 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。