

届書コード作成区分30434

届書

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

A3横で出力

社会保険委員の点検済印

被保険者が記入するところ

被保険者等記号・番号

個人番号(マイナンバー)
記号・番号が分らない場合はマイナンバーを記入してください

④生年月日

①

②

③

6:昭
7:平
9:令

年

月

日

⑤被保険者の(申請者)氏名

(フリガナ)キョウドウ タロウ

事業所の⑦名称

〇〇株式会社

⑦所在地

〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇

被保険者の(申請者)住所

⑥郵便番号

〇〇〇 - 〇〇〇〇

(フリガナ)△△ケン△△シ△△マチ

(電話番号)

⑦住所コード

△△県△△市△△町△-△-△

(〇〇〇〇)〇〇〇〇

被扶養者が移送を受けたときはその方の氏名

⑧傷病コード

※

⑨カ

ナ

※

⑩発病または負傷の原因を詳しく

不詳

⑪第三者行為によるものですか

0:いいえ

1:はい

診療等の支給または手当を受けた病院の

⑫名称

〇〇病院

⑬診療を担当した医師等の氏名

〇〇 〇〇

⑭所在地

××県××市××町×-×-×

移送を受けた区間、移送期間および費用の請求

⑫区間

(フリガナ)××シ××マチ

(フリガナ)△△シ△△マチ

⑬移送後

0:入院

1:入院外

⑭移送先

〇△ 病院

⑮移送期間(支給期間)

⑯移送回数

1 回

⑰移送に要した費用の額

3,000 円

⑱距離

10 km

⑲利用交通機関

タクシー

(備考)

kenpo:共同印刷株以外の方は健保から直接振込みますのでご記入ください。

支払金融機関の欄

⑮支払区分

※

1:振込
2:銀行送金
3:郵便局送金
4:当地払

⑯預金種別

1:普通
2:当座
3:通知
4:別

⑰口座名義

△△ 銀行金庫農協 〇〇 本店支店

⑱金融機関コード

※

⑲口座番号

〇〇〇〇〇〇〇〇〇

郵便局

kenpo:共同印刷株の方は給与に合算して支給の為、必ず委任状をご記入ください。

受領を代理人に委任します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

住所

△△県△△市△△町△-△-△

被保険者(申請者)氏名

共同 太郎

⑲代理人の氏名

(フリガナ)キョウドウインサツ (カブ)

⑳委任者と代理人との関係

共同印刷株 事業主

代理人の住所

⑳郵便番号

112 - 8501

(フリガナ)トウキョウトブンキョウクコイシカワ

㉑住所コード

※

東京都文京区小石川4-14-12

送信

令和 年 月 日提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者

技官の意見

kenpo:医師又は歯科医師の証明を受けてください。

移送を必要とする医師または歯科医師の意見書

傷病名

胃痛

移送を必要とする理由

症状、その他
具体的に記入してください。

当院では手術が困難であり、〇△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

××市××町から△△市△△町へタクシーで移送

上記のとおり移送の必要を認めます。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

住所

××県××市××町×-×-×

医師の氏名

〇〇病院 〇〇 〇〇

電話

〇〇 (〇〇〇〇局) 〇〇〇〇 番

正数字または、文字を訂正する場合は、誤った数字または文字を抹消し、その部分へ氏名(サイン)を記入してその上に数字または、文字を記入してください。

(医師への注意事項)