

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

① 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
※	5: 昭 7: 平 9: 令	※	※	※ 0: 無 1: 有	※
⑨ 被保険者の(申請者)氏名と印		⑦ 名称		⑧ 受付年月日	
(フリガナ)		⑧ 所在地			
被保険者の(申請者)住所		⑩ 郵便番号		⑪ 住所コード	
(フリガナ)		(フリガナ)		(電話番号)	
被扶養者が移送を受けたときはその方の氏名		⑫ 年月日		⑬ 被保険者との続柄	
⑭ 傷病コード		⑮ 傷病名		⑯ 発病または負傷年月日(療養開始日)	
⑰ カナ				年 月 日	
⑱ 発病または負傷の原因を詳しく			⑲ 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名称		⑳ 所在地		㉑ 診療を担当した医師等の氏名	
⑳ 区間		㉒ 移送期間(支給期間)		㉓ 移送回数	
(フリガナ)		(フリガナ)		㉔ 移送に要した費用の額	
から		まで		㉕ 距離	
				㉖ 利用交通機関	
㉗ 支給回数		㉘ 承認番号		㉙ 支給算出額	
回				円	
㉚ 調整減額コード		㉛ 調査先コード		㉜ 海外表示	
				0: 国内 1: 海外	
㉝ 特別支給コード		㉞ 備考			
㉟ 支払区分		㊱ 預金種別		銀行	
1: 振込 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払		1: 普通 2: 当座 3: 通知 4: 別		金庫	
㊲ 金融機関コード		㊳ 口座名義		本店	
㊴ 口座番号				支店	
				郵便局	

受取代理人の欄	
㊵ 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。	
令和 年 月 日	
被保険者住所(申請者)氏名	
㊶ 代理人の氏名と印	
(フリガナ)	
㊷ 委任者と代理人との関係	
代理人の住所	
㊸ 郵便番号	㊹ 住所コード
	※
送信	

令和 年 月 日提出  
受付日付印

社会保険事務士の提出代行者印	㊺
----------------	---

技官の意見	技官の認印
-------	-------

### 移送を必要とする医師または歯科医師の意見書

㊻ 傷病名	
㊼ 移送を必要とする理由	(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抹消し、その部分へ㊽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、文字を記入してください。
〔症状、その他〕 具体的に記入してください。	
㊾ 移送の方法 区間・回数	
㊿ 上記のとおり移送の必要を認めます。	
令和 年 月 日	
住所	
医師の氏名	
電話 (局) 番	

◎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。