

A 3横で出力してください。

常務理事		事務長		担当	
------	--	-----	--	----	--

届書コード	作成区分	届書	作成区分
304	34	届書	34

健康保険被保険者家族 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
②	1:明大昭平 3:昭平 5:昭平 7:昭平	⑧ 名称 株式会社	⑨ 所在地 県市町	※ 0:無 1:有	※ 年 月 日
③ (フリガナ) キョウドウ タロウ	⑩ 被保険者の(申請者)氏名と印 共同 太郎	⑪ 事業所の(フリガナ) ケン シ マチ	⑫ 所在地 県市町	⑬ 電話番号	
⑭ 被保険者の(申請者)住所	⑮ 郵便番号	⑯ 氏名	⑰ 明治大正昭和平成 年 月 日	⑱ 被保険者との続柄	
⑲ 傷病コード	⑳ 傷病名 胃がん	㉑ 発病または負傷年月日(療養開始日)	㉒ 第三者行為によるものですか 0:いいえ 1:はい	㉓ 診療等を支給または手当を受けた病院の名称 病院	㉔ 診療を担当した医師等の氏名
㉕ 発病または負傷の原因を詳しく 不詳	㉖ 移送を受けた区間、移送期間および費用の請求	㉗ 移送回数 1	㉘ 移送に要した費用の額 3,000 円	㉙ 距離 10 km	㉚ 利川交通機関 タクシー
㉛ 支払金融機関の欄	㉜ 支払区分 1:振込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払	㉝ 預金種別 1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	㉞ 口座名義 共同 太郎	㉟ 郵便局	

社会保険委員の点検済印

◎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。

共同印刷(株)の被保険者以外の方は、記入してください。

事業主が記入・証明

受取代理人の欄	⑲ 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
被保険者(申請者)住所 県市町 氏名 共同 太郎	⑳ 委任者と代理人との関係 株式会社 事業主	受付日付印
代理人の住所 ⑳ 郵便番号 ㉑ 住所コード	(フリガナ) カブシキガイシャ 株式会社 ケン シ マチ 県市町	

共同印刷(株)の被保険者は給与に合算支給のため、必ず記入してください。

社会保険労務士の提出代行者印

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

㉑ 傷病名	胃がん
㉒ 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、 病院において手術を行う 必要が生じたため。
㉓ 移送の方法 区間・回数	××市××町から 市 町へ タクシーで移送
㉔ 上記のとおり移送の必要を認めます。	平成 年 月 日 住所 ××県××市××町 医師の 病院 氏名 電話 (局) 番

(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㉔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。

医師又は歯科医師の証明をもらってください。