届書コード	作成区分	届書
3 0 4	3 4	

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横で出力してください

技官の意見	

社会保険委員の点検済印

◎「※」印欄は記入しないでください。

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 ○○○○	6 昭 7：平 9：令 ○○年○○月○○日	※	※	※ 0：無 1：有		※ 年 月 日

⑨ 被保険者（申請者）氏名	(フリガナ) キョウドウ タロウ 共同　太郎	事業所の	⑦名称：○○株式会社 ④所在地：○○県○○市○○町○－○－○
被保険者（申請者）住所	⑩郵便番号 ○○○ － ○○○○ ⑪住所コード ※	(フリガナ) △△ケン△△シ△△マチ △△県△△市△△町○－○－○	(電話番号) ○○（○○○○）○○○○
被扶養者が移送を受けたときはその方の	㋐氏名	㋑生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	㋒被保険者との続柄
⑫傷病コード ※		㋓傷病名：胃がん	⑭発病または負傷年月日（療養開始日） ○ 年 ○ 月 ○ 日
⑬カナ ※			
㋔ 発病または負傷の原因を詳しく	不　詳	⑮ 第三者行為によるものですか	0：いいえ　1：はい
診療等の支給または手当を受けた病院の	㋕名称：○○病院	㋖診療を担当した医師等の氏名：○○　○○	
	㋗所在地：××県××市××町×－×－×		
移送を受けた区間、移送期間および費用の請求	⑯区間 (フリガナ) ××シ××マチ ××市××町 から (フリガナ) △△シ△△マチ △△市△△町 まで	⑰移送後 0：入院　1：入院外	㋘移送先：○△　病院

⑱移送期間（支給期間）		㋙移送回数	㋚移送に要した費用の額	㋛距離	㋜利用交通機関
自	至				
○○年○○月○○日	年 月 日	1 回	3,000 円	10 km	タクシー

※	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調査先コード	㉔海外表示 0：国内 1：海外	㉕特別支給コード
	回		円				

(備考)

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	㋝ △△ 銀行 金庫 農協 ○○ 本店 支店
㉗金融機関コード	※		口座名義：共同　太郎
㉙口座番号	○○○○○○○		郵便局

受取代理人の欄

㋞ 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（申請者） 住所：△△県△△市△△町○－○－○

氏名：共同　太郎

令和　年　月　日提出

受付日付印

㉚代理人の氏名	(フリガナ) ○○○○カブシキカイシャ	㋟委任者と代理人との関係
	○○○○株式会社	事業主

代理人の住所		
㉛郵便番号	○○○ － ○○○○	(フリガナ) ○○ケン○○シ○○マチ
㉜住所コード	※	○○県○○市○○町○－○－○ 送信

社会保険労務士の提出代行者	

移送を必要とする医師または歯科医師の意見書

㋑ 傷病名	胃がん
㋒ 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。
㋓ 移送の方法 区間・回数	××市×町から△△市△△町へタクシーで移送

㋔

上記のとおり移送の必要を認めます。

令和　○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

住所　××県××市××町×－×－×

医師の 氏名　○○　病院　　○○　○○

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、その部分へ氏名（サイン）を記入してその上に正しい数字または、文字を記入してください。