記入例

＊移送承認を受けてから申請すること

届書コード 304 / 届書区分 3,4 / 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

健康保険委員の点検済印

◎「※」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	① ② 100 ③ 999999
④生年月日	1：明大 3：昭 33 10 24
⑤被扶養者番号	
⑥給付記録番号	
⑦受取代理人	0：無 1：有
送信	
⑧受付年月日	
⑨被保険者（申請者）氏名と印	フリガナ ソラノ タロウ 空野 太郎 ⑩
事業所の	⑦名称 全日本空輸（株） ④所在地 大田区羽田空港3-3-2
⑪被保険者（申請者）住所	⑩郵便番号 2220002 フリガナ ヨコハマシカネシロマチ6-4-401 ⑪住所コード 横浜市金城町6-4-401
被扶養者が移送を受けたときはその者の	㋑氏名 ㋒生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 ㋓被保険者との続柄
⑫傷病コード	㋕傷病名 脳梗塞 ⑬発病又は負傷年月日（療養開始日） 18年1月10日
⑬カナ	
㋔発病又は負傷の原因を詳しく	駐車場に荷物を運んでいる途中、突然目の前が暗くなり、そのまま意識不明となる
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	㋐名称 川崎市立病院 ㋑診療を担当した医師などの氏名 田村 健二 ㋒所在地 川崎市宮前区1-1-1
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 ウエダ ビョウイン 横浜市旭区 上田病院 から / フリガナ カワサキシリツビョウイン 川崎市立病院 まで
⑰移送後	0：入院外 1：入院
㋖移送先	川崎市立 病院
⑱移送期間（支給期間）	自 18年1月04日 至 18年1月04日
㋗移送回数	1回
㋘移送に要した費用の額	54,200円
㋙距離	40Km
㋚利用交通機関	民間輸送車

※	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審査先コード	㉔海外表示 0：国内 1：海外	㉕特別支給コード	(備考)

支払金融機関の欄

㉖支払区分	1：払込 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
㉗金融機関コード		
㉘口座番号		

㋛ 銀行 / 金庫 / 農協 本店 支店 / 郵便局

受取代理人の欄

㋜ 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19年1月13日

被保険者（申請者） 住所 横浜市金城町6-4-401
氏名 空野 太郎 印

㉙代理人の氏名と印	フリガナ ゼンニホンクウユ(カ) 全日本空輸（株） ⑩	㉚委任者と代理人との関係 事業主
代理人の住所	㉛郵便番号 1057133 フリガナ 港区東新橋1-5-2 ㉜住所コード	送信

平成 年 月 日提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印 ㊞

事業所在籍者は必ず記入および捺印

(備考)