

自署の場合、捺印不要

健康保険被保険者家族 移送費支給申請書

届書コード 作成区分 届書 作成区分 3:給付記録(支給記録) 4:給付記録(承認記録)

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
⑨ 被保険者の(申請者)氏名と印 フリガナ ケホ 知 健保 太郎
⑩ 被保険者の(申請者)住所 東京都渋谷区神南 1-2-34
⑪ 被保険者の(申請者)住所 東京都渋谷区渋谷 3-15-6
⑫ 傷病コード 傷病名 右大腿骨複雑骨折
⑬ 発病又は負傷の原因を詳しく スキーをしていてバランスを崩したため
⑭ 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)の名称 所在地 長野県長野市白馬 34-5-6
⑮ 第三者行為によるものですか 0:いいえ 1:はい
⑯ 移送を受けた区間、移送期間および費用の請求

⑰ 移送後 0:入院外 1:入院
⑱ 移送先 信州 病院
⑲ 移送期間(支給期間) 自 250325 至 250325 1 回
⑳ 移送に要した費用の額 16,280 円
㉑ 利用交通機関 寝台車
㉒ 支払回数 ㉓ 承認番号 ㉔ 支給算出額 ㉕ 調整減額コード ㉖ 調査先コード ㉗ 海外表示 ㉘ 特別支給コード
㉙ 支払金融機関の欄 ⑳ 支払区分 ㉚ 金融機関コード ㉛ 口座番号
㉜ 預金種別 1:普通 2:当座 3:通知 4:別段
㉝ 口座名義 健保 太郎
㉞ 郵便局

⑰ 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
受取代理人の欄
被保険者住所 氏名
代理人の氏名と印
代理人の住所

社会保険労務士の提出代行者印

“子”等ではなく詳しく記入

※ 医師記入欄

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

傷病名 右大腿骨複雑骨折
移送を必要とする理由 当病院では設備が整っておらず、信州病院での処置を緊急に必要とする。
移送の方法 平成 25 年 3 月 25 日、寝台車で JR 白馬から JR 長野まで移送
上記のとおり移送の必要を認めます。平成 25 年 3 月 25 日
住所 長野県長野市白馬 34-5-6
医師の氏名 長野 和男
電話 0269 (55 局) 901 X 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まっ消し、その部分へ○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、文字を記入して下さい。

◎ 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。

必ず記入

請求者(受取代理人がいるときはその者)の口座を記入