



# 記入例

技 官 の 意 見		技官の 認 印	
--------------	--	------------	--

## 移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

㊦	傷 病 名	白血病
㊧	移送を必要とする理由 (病状、その他) 具体的に記入 して下さい。	高度先進医療を行う医療機関 においてレーザー治療を行う必要性 を認める。 尚、緊急を要するものである。
㊨	移送の方法 区 間 ・ 回 数	
㊩	<p>上記のとおり移送の必要を認めます。</p> <p>平成 ○○年 ○○ 月 ○○ 日</p> <p>住 所 ○○○市○○○</p> <p>医 師 の 氏 名 ○○○市民病院 医師○○ ○○</p> <p>電 話 ○○○ (○○○局) 1234</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>	

(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。

届書コード	作成区分	届書	作成区分
3 0 4	3 4		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

家 族

社会保険委員  
の点検済印

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の記号・番号		生年月日			被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人	受付年月日			
			1:明 3:大 5:昭 7:平	年	月	日			0:無 1:有	年 月 日		
	被保険者の (申請者) 氏名と印		フリガナ			⑦ 名称						
						⑧ 所在地						
	被保険者の (申請者) 住所		郵便番号	フリガナ			(電話番号)					
			住所コード				( )					
	被扶養者が移送を受けたときはその者の		⑨ 氏名	⑩ 生年月日			明治 大正 昭和 平成	年 月 日	⑪ 被保険者 との続柄			
	傷病コード		⑫ 傷病名			発病又は負傷年月日 (療養開始日)			年 月 日			
	カナ											
	⑬ 発病又は負傷の 原因を詳しく					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		⑭ 名称	⑮ 診療を担当した 医師等の氏名			0:入院外 1:入院						
		⑯ 所在地										
移送を受けた区間、移 送期間および費用の請求		区間	フリガナ			フリガナ	移送後	0:入院外 1:入院	⑰ 移送先 病院			
		から			まで							
		移送期間(支給期間)			⑱ 移送回数	⑲ 移送に要した費用の額	⑳ 距離	㉑ 利用交通機関				
		自	年 月 日	至	年 月 日	回	円	km				

支給回数	承認番号	㉒ 支給算出額	㉓ 調整減額コード	㉔ 調査先コード	㉕ 海外表示	㉖ 特別支給コード	(備考)
回					0:国内 1:海外		

支 払 金 融 機 関 の 欄	㉗ 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 4:別段	㉙	銀行 金庫 農協	本店 支店
	㉚ 金融機関 コード				口座名義		
	口座番号				郵便局		

受 取 代 理 人 の 欄	㉚ 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
	平成 年 月 日						受付日付印
	被保険者 住所 (申請者) 氏名						印
	㉛ 代理人の 氏名と印	フリガナ			㉜ 委任者と代理人との関係		
					印		
代理人 の住所	㉝ 郵便番号	フリガナ			送信		
		㉞ 住所コード					

社会保険労 務士の提出 代行者印	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。

