

記入例

[様式：医第10号]

健康保険組合 被保険者 家族 移送費等支給申請書

① 被保険者証記号番号		② ※被保険者（請求者）氏名		③ 住 所	
1 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7		ケンポ タロウ 健保 太郎		〒 999-9999 長野県長野市本町1-1-1 長野マンション111号室 屋間連絡先 TEL( 099 ) 999 - 9999	
移送を受けた者の氏名		ケンポ タロウ 健保 太郎		④ 被保険者との続柄	
移送を受けた者の生年月日		昭 平 25 年 12 月 19 日生		① 本人 11：夫 12：妻 21：長男 22：二男 23：三男 31：長女 32：二女 33：三女 51：父 52：母 その他（ ）	
備 病 名		脳出血		自宅で倒れて 意識を失った	
発病又は負傷の年月日		平成 16 年 4 月 27日		発病又は負傷の原因	
移 送 年 月 日		平成 16 年 4 月 27 日			
⑤ 移送の経路及び方法		経路 長野病院(長野市)から 松本病院(松本市)へ		移送に要した費用 (付添人に係る費用含む)	
		方法 寝台自動車で移送		通貨単位 円	
移送に関し、医師・看護師等の付添いがあった場合		付添人氏名 長野 一郎		② 被災災害又は通勤災害によるものですか ③ 第三者の行為(交通事故等)によるものですか	
診療を受けた病院等		所在地 長野 都道府県		① 1. いいえ 2. はい	
		名称 長野病院		① 1. いいえ 2. はい	

※被保険者（申請者）氏名欄の押印は被保険者（申請者）が自署した場合は不要です。

添付資料	<input type="checkbox"/> 移送に要した費用の領収書及び内訳書「原本」
	<input type="checkbox"/> 移送が必要である旨の、医師の意見書「原本」
	<申請書及び添付資料が外国語で記載されているとき>
	<input type="checkbox"/> 翻訳文

処理欄	健康保険組合	受付	審査	(1次)	(2次)	処理
-----	--------	----	----	------	------	----

<<被保険者（申請者）記入欄>>

- ① 上段に記号（4ケタ）  
下段に番号（7ケタ以下右づめ）  
を記入する。
- ② 被保険者若しくは任意継続被保険者  
又は被保険者であった者（本人が死亡  
している場合は相続人）の氏名を記入  
する。  
※被保険者（申請者）氏名欄の押印は、  
被保険者（申請者）が自署した場合  
は不要。
- ③ 自宅の住所、屋間連絡先を記入する。
- ④ 該当する番号を○で囲む。  
該当がない場合は、その他（ ）  
内に続柄を記入する。
- ⑤ 移送の方法及び経路について具体的  
に記入する。
- ⑥～⑦ 該当する番号を○で囲む。

健康保険組合 被保険者  
家族 移送費等支給申請書

被保険者証記号番号	被保険者（請求者）氏名	住 所			
	(7桁ナ)	〒			
	印	昼間連絡先 TEL(            )            -			
移送を受けた者の氏名	(7桁ナ)	被 保 険 者 と の 続 柄	01:本人 11:夫 12:妻 21:長男 22:二男 23:三男 31:長女 32:二女 33:三女 51:父 52:母 その他(            )		
移送を受けた者の生年月日	昭 平    年    月    日生				
傷 病 名		発 病 又 は 負 傷 の 原 因			
発病又は負傷の年月日	平成    年    月    日				
移 送 年 月 日	平成    年    月    日				
移送の経路及び方法	経 路	移送に要した費用 (付添人に係る費用含む)			
	方 法	通 貨 単 位			
移送に関し、医師・看護師等の付添いがあった場合	付添人 氏 名	第三者の行為（交通事故等）による ものですか	1 . いいえ    2 . はい		
	付添人 住 所				
診療を受けた病院等	所在地	都 道 府 県			
	名 称				

被保険者（申請者）氏名欄の押印は被保険者（申請者）が自署した場合は不要です。

添 付 資 料	移送に要した費用の領収書及び内訳書「原本」 移送が必要である旨の、医師の意見書「原本」  < 申請書及び添付資料が外国語で記載されているとき > 翻訳文
------------------	--

処理欄	健康保険組合	受付		審査	[1次]	[2次]		処理	
-----	--------	----	--	----	------	------	--	----	--