

支 出 給 決 議 書	常務理事	事務長	担当者	起案 令和 年 月 日		
				支給金額	円	
	資格取得	昭和 平成 令和 年 月 日		承認した	期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	資格喪失	令和 年 月 日		移送	区間及び その方法	から まで を利用。
	標準報酬月額	級	千円			

被保険者
家族

移送費支給申請書

被保険者証の	記号	21	事業所の	株式会社○○○○○○○		
	番号	1000	名称			
移送を 受けた者の	氏名	健保 太郎		被保険者(請求者)の	(印)	
	生年月日	昭和○○年○月○日 (続柄 本人)		住所	東京都 中野区 ○○○○ ○-○-○	
発病又は負傷の 原因を詳しく	脳出血		氏名	健保 太郎		
手当を受けた病院 あるいは診療所の	名称	北海道クリニック		振込先	○○○ 銀行 ○○○ 支店	
	所在地	北海道○○市○○○ ○-○-○		普通 当座・貯蓄預金 口座番号(1234567)	名義人(カタカナ) <u>ケンボタロウ</u>	
移送の 区間、 移送期間 及び費用 の内容	区間	フリガナ サッポロシ	フリガナ ナカノク	診療を担当 した医師等 の氏名	中野 太郎	
	(正確に)	札幌市 から	中野区 まで	第三者の行為ですか?	はい・いいえ	
	移送期間(支給期間)	令和元年 5月 1日 ~ 令和元年 5月 2日まで				
移送の方法(交通機関など)及び 移送に要した費用の額	交通機関 飛行機 を利用。 実費 35,000 円。		移送先の 病院名	中野病院		
付添人があったと きはその付添人の	氏名	健保 次郎		住所	東京都 中野区 ○○○○ ○-○-○	
委任状	本請求金額の受領を 令和 年 月 日			(印) に委任します。 被保険者氏名 (印)		