支出決議書	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		承認した移送	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			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	事業所の名称	株式会社〇〇〇〇〇〇〇
	番号	１０００		
移送を受けた者の	氏名	健保　太郎	被保険者(請求者)の	1 2 3 － 1 2 3 4
	生年月日	昭和〇〇 年 〇 月 〇 日 (続柄　本人　)	住所	東京都　中野区　〇〇〇〇 〇－〇－〇
発病又は負傷の原因を詳しく		脳出血	氏名	健保　太郎
			振込先	〇〇〇 銀行 〇〇〇 支店
				普通・当座・貯蓄預金　口座番号(　1234567　) 名儀人(カタカナ)　ケンポタロウ
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	診療を担当した医師等の氏名	中野　太郎
	所在地	北海道〇〇市〇〇〇 〇－〇－〇		第三者の行為ですか？ はい・いいえ
移送の区間、移送期間及び費用の内容	区間(正確に)	フリガナ　サッポロシ 札幌市　から	フリガナ　ナカノク 中野区　まで	移送先の病院名：中野病院 移送後は：入院・通院
	移送期間(支給期間)		令和 3 年 5 月 1 日～　令和 3 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。	
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　〇〇〇〇　〇－〇－〇

委任状	本請求金額の受領を　　に委任します。 令和　年　月　日　被保険者氏名

(健康保険法第97条及び同法施行規則第82条に基づく様式－２)

栗田健康保険組合