

支 出 給	常務理事	事務長	担当者	起 案 令 和 年 月 日	
				支 給 金 額	円
決 議 書	資 格 取 得	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和		承 認 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	10000		名称		
移 送 を	氏名		健保 太郎				
受 け た 者 の	生年月日		<input type="text" value="昭"/> <input type="text" value="和"/> 年 <input type="text" value="〇"/> 月 <input type="text" value="〇"/> 日生 (続柄 本人)				
発病又は負傷の 原因を詳しく			くも膜下出血				
手当を受けた病院 あるいは診療所の	名称	健保クリニック					
	所在地	東京都中野区中野〇-〇-〇		診療を担当した医師等の氏名	健保 一郎		第三者の行為ですか? はい <input checked="" type="radio"/> 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 ナカノク 中野区 から		フリガナ シンジュク 新宿区 まで		移送先の 病院名	健保病院
	移 送 期 間(支給期間)	令和5年3月1日から令和5年3月1日まで					
	移 送 の 方 法 (交 通 機 関 等) 及 び 移 送 に 要 し た 費 用 の 額	交通機関 実 費		自動車 3,500		を利用。 円。	
付添人があったと きはその付添人の	氏 名		住 所				
	健保 次郎		東京都中野区○○○○ 〇-〇-〇				
被保険者(請求者)の振込希 望銀行	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。)						
	<input checked="" type="checkbox"/> 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、本請求に基づく給付金の受領を委任する場合は、公金受取口座を利用できません。						
	銀行コード	〇〇〇	銀行名	〇〇〇〇〇〇		普通・当座	No 〇〇〇〇〇〇
店番号	〇〇〇	支店名	〇〇〇〇		口座名義人(カタカナ)		
	ケンボ タロウ						
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				