

支 給 決 定 伺

起案年月日		年	月	日
決 裁				
常務理事	事務長	係	台帳照合	

支 給 期 間						支 給 決 定 金 額							
自 平成		年	月	日	日間								円
至 平成		年	月	日									
前 回 迄 の 支 給 期 間		自 平成	年	月	日	日間	備 考						
資 格 関 係 照 合 済		取 得 喪 失	年	月	日								
			年	月	日								

健康保険 被保険者 移送費請求書
被扶養者

被保険者証の		記号	事業所名		被保険者(請求者)		氏名・印		印		
		番号									
被保険者 (請求者)の住所		〒 ー (電話番号 ー ー)									
移送を受けた者の氏名					移送を受けた者の生年月日		昭和 平成 年 月 日		被保険者との続柄		
傷病名		発症または負傷の年月日			平成 年 月 日		第三者行為による傷病ですか		はい・いいえ		
							労災・通災による傷病ですか		はい・いいえ		
傷病の原因					傷病の経過						
移送の経路と移送方法		移送経路		自:		付添人の有無		有	医師・看護師・その他()		無
				至:		付添人の氏名・住所		氏名			
		移送方法						住所			
移送に要した費用の額		円		(領収書の添付)		移送年月日		平成 年 月 日			

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

委任状	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を下記受任者に委任します。			
	平成	年	月	日
	委任者（被保険者）	住 所		
		氏 名	印	
	受 任 者	住 所		
		氏 名	印	

医師・歯科医師の記入欄	移送を必要と認めた理由		左記の内容に相違ありません。 平成 年 月 日
	付添を必要と認めた理由		医療機関の所在地
	移送の経路	自：	医療機関名
		至：	医師の氏名
移送年月日	平成 年 月 日	電 話 番 号 ()	