受付年月日	年　月　日
伺年月日	年　月　日
決裁年月日	年　月　日
移送承認年月日	年　月　日
支給額	円

支給支払決議書			

資格取得	年　月　日
資格喪失	年　月　日
支払年月日	年　月　日

被保険者
被扶養者　移送費請求書

被保険者証の記号・番号	第　号	事業所の名称	
発病または負傷の年月日	年　月　日		
傷病の原因			
傷病名		移送年月日	年　月　日
移送の方法区間及び回数		移送に要した費用	円
請求が被扶養者に関するものであるとき	氏名	生年月日	明大昭平　年　月　日
		被保険者との続柄	
振込希望の銀行又は郵便局名	銀行　支店（普通当座　第　号）・　郵便局		

上記のとおり請求します

年　月　日

被保険者の　住所
氏名　㊞

健康保険組合理事長

委任状

私は、　を代理人と定め、次の権限を委任する。

年　月　日請求した　被保険者
被扶養者　移送費のうち

金　円也の受領に関すること

被保険者の　住所
氏名　㊞

代理人の　住所
氏名　㊞

振込希望の銀行又は郵便局名	銀行　支店（普通当座　第　号）・　郵便局

領収書

金　円也但し

うえの金額を領収いたしました。

年　月　日

健康保険組合理事長　殿

受領者　住所
氏名　㊞

個人番号記入欄　※保険証の記号番号を記入した場合は不要