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	000 第　00000　号	事業所の名称	○○○○株式会社
発病または負傷の年月日	○○年　○○月　○○日		
傷病の原因	不明		
傷病名	腸閉塞	移送年月日	○○年　○○月　○○日
移送の方法区間及び回数	救急車で ○○胃腸クリニックから○○○○病院まで 1回	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 0000000 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　○○県○○市○○町１－１
氏名　健保　太郎　健保印

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　㊞