

		支給支払決議書				
受付年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長			担当
同年月日	平成 年 月 日					
決済年月日	平成 年 月 日					
移送承認年月日	平成 年 月 日					
支給額	円	資格取得年月日		年	月	日
		資格取得年月日		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	—	事業所の名称	
発病又は負傷の年月日	年 月 日		
負傷の原因			
疾病名			
移送の方法区間及び回数			
請求が被扶養者に関するものであるとき	氏名	生年月日	明昭 年 月 日 大平
振込希望銀行名	銀行	支店	普通・当座 口座番号
上記のとおり請求します。		平成 年 月 日提出	
日本事務器健康保険組合 理事長 殿			
被保険者 〒 — 住所			
氏名 ⑩			
Tel — —			

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 〒 — 住所
	氏名	⑩
	代理人 〒 — 住所	
	氏名	⑩
振込希望銀行名	銀行	支店 普通・当座 口座番号

領収書	金	円也但し、うえの金額を受領しました。	平成 年 月 日
	日本事務器健康保険組合 理事長 殿		
	代理人 〒 — 住所		
氏名			⑩