

支給決定決議書

受付年月日	年 月 日	常務理事		担当者	
伺年月日	年 月 日				
決裁年月日	年 月 日				
支給決定額	円				
診療期間	年 月 日から	資格取得日	年 月 日		
	年 月 日まで	資格喪失日	年 月 日		

健康保険被保険者被扶養者移送費支給申請書

被保険者記入欄	記号・番号		被保険者 生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	被保険者名 被氏	(フリガナ)		備考欄	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、本備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類(マイナンバーカードの写等)が必要です。)	
	被保険者住所 電話番号	〒				TEL
	事業所名称		事業所所在地	〒		
	振込希望先の 金融機関	名称	銀行	支店	預金種別	普通
		口座番号	口座名義人(カタカナ)			
	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	傷病名			発病または負傷年月日	令和	年 月 日
	上記傷病の発病の 原因および経過	<input type="checkbox"/> 病気 (原因および経過)				
		<input type="checkbox"/> けが	一労災に該当しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	→第三者行為に該当しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。
移送経路						
移送方法						
移送年月日	令和 年 月 日					
付添人の有無 及びその住所	住所 〒					
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	氏名				
移送に要した費用の額	_____円					

医師・歯科医師記入欄	移送を必要と認めた理由	
	付添を必要と認めた理由	
	移送経路	
	移送方法	
	移送年月日	
上記のとおり相違ありません。		令和 年 月 日
医療機関等の所在地		
医療機関等の名称		
医師の氏名		TEL

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--