

様式 1

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
支給期間	年	月	日
不承認			

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 支 給 申 請 書

伊藤忠健康保険組合理事長殿				年		月		日	
				〒		住 所			
				被保険者の氏名				印	
				電話番号		_____			
下記のとおり請求します。									
被保険者証の 記号・番号				事業所 の名称					
移送を受けた 者の氏名				生年月日	年	月	日	被 保 険 者 と の	
傷病名				発病又は 負傷の年月日	年	月	日		
発病又は 負傷原因									
移送の経路 及び方法				移送に要した費用	円				
付添人の氏名 及び住所	氏名			住所					
第三者行為に因る ときはその事実									
第三者の氏名 及び住所	氏名			住所					
振込希望の 金融機関名	銀行・信託銀行 信金・信組			支店	普通・当座	口座NO, 名 義			

※ 添付書類

移送にかかった費用額を証明する書類（領収証）を添付ください。
外国語で記載されている場合は翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

* 記入いただいた個人情報、保険給付の目的以外には使用いたしません。

医師又は 歯科医師の 意見	移送を必要と 認められた理由	
	付き添いを必要と 認められた理由	
	入院した病院又は 診療所の名称	
	入院した期間	
	移送の経路 及び方法	
<p>うえのとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住 所 医療機関名・施設名 氏 名 電話番号</p> <p style="text-align: right;">印</p>		

委任状	私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。 _____ 年 月 日請求した出産手当金・出産手当附加金のうち _____ 金 円也 の受領に関すること。 _____ 年 月 日 被保険者の 住 所 _____ 印 氏 名 _____ 代理人の 住 所 _____ 印 氏 名 _____			
	振込希望の 金融機関名	銀行・信託銀行 信金・信組	支店	普通・当座 口座NO, 名 義

* 記入いただいた個人情報は、保険給付の目的以外には使用いたしません。

【 組合受付印 】

様式 2

被 保 険 者 (本 人) が 記 入 す る と こ ろ	やむを得ない事情により移送を受けることになった理由 (詳細にご記入下さい。)	
	(Blank area for reason of transfer)	
	移送の方法	<input type="checkbox"/> 貸切寝台車 <input type="checkbox"/> 病院附属専用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他()
	経路略図(移送先までの経由地名もご記入ください。)	

* 記入いただいた個人情報は、保険給付の目的以外には使用いたしません。