

【提出先】

〒530-0004 大阪市北区堂島浜2-1-40
 サントリー大阪オフィス内
 サントリー健康保険組合宛

【和暦】 年 月 日 提出

医師の指示で一時的・緊急的が必要
 あって移送された場合

移送費請求書

※「移送費承認申請書」による事前申請が必要です。
 やむを得ない事由のために事前に承認申請できなかった
 場合は、事後速やかに承認申請してください。
 ※移送後、領収書(原本)を添付して請求してください。

被 保 険 者	事業所	部署
	勤務先	
	健康 保険	記号 番号(氏名コード)
氏名	所属する事業所を代理人と定め受領を委任します。	

請 求 者 記 入 欄	移送者	氏名	生年月日 [和暦]	年 月 日	続柄	
	移送年月日 【和暦】 年 月 日 ~ 日 [日間]					
	傷病名					
	傷病の経過					
	移送先の医療機関で入院・診療した期間 【和暦】 年 月 日 ~ 日 [日間]					
	移送先の医療機関の名称および所在地					
	移送の方法			移送に要した費用 円		
	移送の区間			移送の回数 回		
	健 保 処 理 欄	常務理事	事務長	担当者	承認番号	支給決定額
						移送費
支給対象期間 年 月 ~ 日 (日間)				備 考		
被保険者の資格 年 月 日 取得・喪失						
扶養者認定の有無 有(年 月 日取得)・無						
				支給年月		

支給が決定しましたら、ご自宅宛に「支給決定通知書」を郵送します。
 在職者は給与にて支給します。給与明細の「【支給】健保給付金(非課税)」欄をご覧ください。
 任意継続被保険者は、申請時に指定された銀行口座に振込みます。