

Submit to:  
By post: Suntory Health Insurance Association 2-1-40  
Dojimahama, Kita-ku, Osaka 530-0004

**EXAMPLE**

【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

医師の指示で一時的・緊急的が必要が  
Application Form for Transportation

**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。  
To be filled out by the applicant

Date of application (YY/MM/DD) 年 ●● 月 ●● 日 提出

Insured person 被保険者

Place of work 勤務先 事業所 部署  
SWH ●●部

Health insurance 健康保険 記号 Symbol 番号(氏名コード)  
1234 T23450

氏名 Name 健康 太郎

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 Name 健康 一郎 生年月日 Birth date (YY/MM/DD) 年 ●● 月 ●● 日 続柄 Relationship 長男

Person transported

移送年月日 Date of transportation (YY/MM/DD) 〔和暦〕 令和●●年 ●●月 ●●日～●●日〔●日間〕

傷病名 Name of sickness/injury ▲▲▲▲▲

傷病の経過 Background of sickness/injury ○○○○○○○○

移送先の医療機関で入院・診療した期間 Period hospitalized/treated at destination medical care institution 〔和暦〕 令和●●年 ●●月 ●●日～●●日〔●日間〕

移送先の医療機関の名称および所在地 Name and address of destination medical care institution ■■■病院▲▲科 ■■■県○○市△△…

移送の方法 Means of transportation タクシー 移送に要した費用 Cost of transportation ■■■■■円

移送の区間 Section of transportation ○○市△△区 ●●病院～○○市△△町 ■■■病院 移送の回数 Number of times transported ■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					
	For use in processing by the Health Insurance Association				移送費					
	支給対象期間	年 月 ~ 日 (日間)		備考	支給年月 . . .					
	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									

Notification is sent to your address after the payment is decided

支給が決定しましたら、ご自宅宛に「If you are currently employed, check the "[Paid] Health Insurance Benefits (Nontaxable)" column. 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。

If you are a Voluntarily and Continuously Insured Person, payment will be remitted to the account indicated on the application.