

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 〇〇部

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 ■■■県〇〇市△△…

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 〇〇市△△区 ●●病院~〇〇市△△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.