

【提出先】

郵送の場合：〒530-0004 大阪市北区堂島浜2-1-40
 サントリー健康保険組合宛
 社内メールの場合：サントリー大阪オフィス内 健保組合宛

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	
	記号	番号(氏名コード)
	保険証	
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				
	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				
	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				備 考
	年 月 ~ 日 (日間)				
被保険者の資格					
年 月 日 取得・喪失				支 給 年 月	
扶養者認定の有無					
有(年 月 日取得)・無				・	

書類到着の翌月給与日に支給します。

在職者は給与明細の「【支給】健保給付金(非課税)」欄で確認ください。
 任意継続被保険者には、申請時に指定された銀行口座に振込みます。