

【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  
 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。

【和暦】 ●● 年 ●● 月 ●● 日 提出

被 保 険 者	事業所	勤務先	SWH	部署	●●●部
	記号	保険証	●●●●	番号	●●●●●●●●
	氏名	健保 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	氏名	健保 花子		生年月日	[和暦] ●● 年 ●● 月 ●● 日		続柄	長女	
	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	■■■病院 ■■■科 ■■■県■■■市■■■...							
	移送の方法	タクシー		移送に要した費用	■■■■■		円		
	移送の区間	〇〇市△△区 ●●●病院~〇〇市△△町 ■■■病院		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	万 千 百 十 円				
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。