

【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・緊急的が必要が
あつて移送された場合

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	勤務先	部署
		SWH	●●●部
	記号	番号(氏名コード)	
	保険証	●●●●	●●●●●●●●
	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	移送者	氏名	健保 花子	生年月日 [和暦]	●●年●●月●●日	続柄	長女	
	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							
■■病院 ■■科 ■■県■■市■■●●								
移送の方法				移送に要した費用				
タクシー				■■■■■ 円				
移送の区間				移送の回数				
〇〇市△△区 ●●病院～〇〇市△△町 ■■病院				■ 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		万 千 百 十 円	
	支給対象期間				備考			
	年 月 ～ 日 (日間)				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				

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。