

サントリー健康保険組合 御中

下記のとおり請求します

移送費請求書

医師の指示で
一時的・緊急的
必要があつて
移送された場合

※「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	勤務先	事業所	部署
	保険証	記号	番号(氏名コード)
	氏名	氏名自署の 場合は不要 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]	続柄	年 月 日
	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		
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	年 月 ~ 日 (日間)			備 考
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	

※被保険者の印は、被保険者(申請者)が自署する場合に限り押印を省略することができます。

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。