

記入見本

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
必要があって
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	事業所 勤務先	SWH	部署 ●●●部
	記号	●●●●	番号(氏名コード) ●●●●●●
	保険証	●●●●	●●●●●●
氏名	健保 太郎		健保 <small>氏名自署の 場合は不要</small>
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	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		万 千 百 十 円
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							

※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。