

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	事業所	部署
	勤務先	
	記号	番号(氏名コード)
保険証		
氏名		Ⓧ 氏名自署の 場合は不要

請 求 者 記 入 欄	移送者	氏名	生年月日	昭 平	続柄	年 月 日
	移送年月日 平成 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 平成 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	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。