

**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 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 氏名自署の 場合は不要

請 求 者 記 入 欄	移送者 氏名	健保 花子		生年月日	昭平 ●● 年 ●● 月 ●● 日	続柄	長女			
	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	■■■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	○○市△△区 ●●●病院~○○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						
	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。