

至 事業所健保窓口経由 三井住友トラストグループ健康保険組合

常務理事	事務長	担当者	支給決定伺	
			支給金額	円
			支給決定日	

被保険者
家 族

移送費請求書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等	記 号 番 号		被保険者氏名				
	傷 病 名				発病又は負傷 の 年 月 日	年 月 日		
	移送年月日	年 月 日			移送費用	円		
	移送の方法 (区間・回数)							
	被扶養者に関する ものであるとき	氏 名		生年月日	昭 平 令	年 月 日	被保険者 との続柄	
	上記のとおり請求します。 なお、給付金の受領を、所属する事業主へ委任します。(*1) 資格喪失後は下記の口座(*2)に振り込み依頼します。							
	年 月 日							
	三井住友トラストグループ健康保険組合 御中 〒 住 所 被保険者の 氏 名 電 話							
(*2)資格喪失者のみ記入(なお、任意継続被保険者は、登録済みの給付金振込口座へ振り込まれます。)								
振込希望口座 (被保険者名義)		普通預金 口座 (フリガナ) 銀行 支店 No. 名義						

(*1)給付金は事業主より給与支給日等に被保険者に支払われます。

- (添付書類)
- ・移送承認書(写しで可)
 - ・費用の領収書

受 付 日	支 払 日