

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	年 月 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	〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇	被保険者氏名	健保 太郎			
	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	〇〇,〇〇〇 円		
	移送の方法 (区間・回数)	□□□□□による移送 □□□□□病院 → □□□□□病院 (〇回)						
	被扶養者に関する ものであるとき	氏名	健保 花子		生年月日	昭 平 令 △△年△△月△△日	被保険者 との続柄	妻
	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。							
	三井住友トラストグループ健康保険組合 御中 〒〇〇〇-〇〇〇〇 住所 □□□□□□□□□□ 被保険者の氏名 健保 太郎 電話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 △△年△△月△△日							
(*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) ケンボ タロウ ▽▽▽ 銀行 ▽▽▽ 支店 No. 〇〇〇〇〇〇〇 名義 健保 太郎						

(*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