

常務理事	事務長	担当者
支給額		

被保険者 / 被扶養者 移送費支給申請書

住友商事健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

被保険者証	記号		事業所の 名 称	
	番号			
被保険者氏名			住 所	TEL
申請が被扶養者に関する時は次欄に記入して下さい				
被扶養者の氏名			被保険者との 続 柄	
医 師 の 記 入 欄	傷病名		移 送 の 年 月 日	令 和 年 月 日
	移送を必要とする 理 由			
	移送区間	から まで	移送費用	円
	医師の 住所・氏名			

(添付書類) 領収書