

承認
決議
伺

健康保険組合が使用する欄です

被保険者
家族 移送承認申請書

被 保 険 者 の 記 入 欄	保険証の 記号番号	(記号) 1111 (番号) 222222	部署 No. 3333	発病又は負傷 の年月日	平成△年2月○日
	患者氏名	健保 太郎 昭和43年 8月 ○日生		被保険者 との続柄	本人
	発病又は負傷の 原因及び場所	平成△年2月頃発症した慢性腎不全で移植が必要である為。			
	移送の必要事項	腎臓搬送			
	移送を必要とする 区間、回数及び 手段	○病院→△病院 1回 空輸	費用の見込額	50,000 円	
	医師の 意見	医師より証明を受けてください			
	事故申請の場合は その理由	上記の通り申請します。 平成28年12月 1日 被保険者 住所 東京都○○区△△ 3-1-□ 氏名 健保 太郎 ブリヂストン健康保険組合 理事長 殿			

※被保険者が自ら署名する場合には捺印不要

被保険者のマイナンバー記載欄

※被保険者の記号・番号を記入した場合は不要です。

記入は不要です

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

当書類の医師証明は無料扱になっています。