

支給決議伺

健康保険組合が使用する欄です

被保険者  
家族 移送費請求書

部署番号又は部署名を  
ご記入ください

被 保 険 者 の 記 入 欄	保険者証の 記号番号	(記号) 1111 (番号) 22222	部署番号	3333
	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
	傷病名	急性白血病		
	移送の区間及び回数	〇〇病院→△病院 1回 空輸	移送に要した 費用の額	45,000 円
	傷病が第三者の行為 によるときは第三者 の住所氏名及び その時の状況			
	上記の通り請求致します。			
	平成29年 1月 5日 住所 東京都〇〇区△△ 3-1-□ 被保険者 氏名 健保 太郎 ブリヂストン健康保険組合 理事長 殿			
上記の金額の受領を		(印) に委任します。		
平成 年 月 日		(印) ※		
被保険者氏名		(印) ※		



※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

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

(注) この請求書には移送の承認書及び移送に要した費用の領収書を添付してください。