

承認 決議 伺	(承認内容) 区間 回数	資格	取得	年	月	日		
			喪失	年	月	日		
	(不承認又は一部不承認理由)	決定通知	年				月	日
			係	事務長	常務理事			

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) (番号)	部署 No.		発病又は負傷 の年月日			
	患者氏名	年			月	日生	被保険者 との続柄	
	発病又は負傷の 原因及び場所							
	移送の必要事項							
	移送を必要とする 区間、回数及び 手段			費用の見込額				
	医 師 の 意 見	傷病名			移送年月日	年	月	日
		移送必要事由						
	令和		年	月	日	(TEL)	
	住所 医師氏名		(印)					
	事故申請の場合は その理由							
<p>上記の通り申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>被保険者 氏名 (印) ※</p> <p>ブリヂストン健康保険組合 理事長 殿</p>								

※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。										

当書類の医師証明は無料扱になっています。