

支給 決議 伺	支給額					備考		常務理事	
	支給内容							事務長	
	決定通知	月日	年 月 日					係	
		番号							

被保険者  
家族 移送費請求書

被 保 険 者 の 記 入 欄	保険者証の 記号番号	(記号) 番号	部署番号	
	患者氏名	年 月 日生		被保険者 との続柄
	傷病名			
	移送の区間及び回数		移送に要した 費用の額	
	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。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 (印) ※ 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 令和 年 月 日 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。										

(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下さい。