

移送費請求書

常務理事	事務長		担当

NDS健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

被保険者証の記号・番号		被保険者名			事業所の名称	
記号	番号					
被保険者住所		〒				
		電話 ()				
移送者の氏名	氏名		続柄	生年月日	昭/平/令 年 月 日	
傷病名						
移送日	令和 年 月 日					
移送に要した費用						
移送方法						
移送区間						

移送に要した費用の領収書を添えて上記のとおり請求します。

受付印