

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

平成 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	①					
被保険者住所		〒					
		電話 ()					
移送者の氏名	氏名		続柄		生年月日	大/昭/平 年 月 日	
傷病名							
移送日	平成 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