

【申請ルート】

BSJ本社所属 及び 任意継続の方→ブリヂストン健康保険組合へ送付

BSJのTC/YTC/工場・関連会社の方→お勤めの社会保険担当部署へ送付→

事業所担当部署	
係	長

移送費支給申請書

*負傷した患者が災害現場等から医療機関に緊急に移送された場合。移動困難な患者であって、患者の症状からみて、当該医療機関の設備等では十分な診療ができず、医師の指示により最寄りの医療機関へ緊急に転院した場合等。

年 月 日 提出

本人記入欄	保険証の記号・番号	記号 番号	被保険者氏名	昭・平・令 年 月 日生		
	事業所名 所属部署		被保険者住所	〒 - 電話 ()		
	家族の支給申請	申請家族の氏名	昭・平・令 年 月 日生 (歳)	続柄		
	発病または負傷の状況 (「不明」等とせず詳しくご記入ください)	【日時】 年 月 日 時頃 【場所】 【原因や経過】(なにをしていて、どうなったか等を具体的にご記入ください)				
	受診した医療機関	所在地 名称 医師名				
	移送経路		から	まで		
	移送先					
	移送期間	年 月 日 ~ 年 月 日迄 (日間)				
	移送回数	回	移送した費用の額	円		
	移送を必要とする理由					
	付添人の有無	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ 付添人の氏名 付添人の住所 <input type="checkbox"/> 無				
	傷病の原因が業務上や通勤途上の場合は、労災申請済み、もしくは今後申請予定ですか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	傷病が第三者の行為、交通事故、ケンカによるものですか			<input type="checkbox"/> はい ⇒ 事故届等をご提出ください <input type="checkbox"/> いいえ		

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

ご提出前にすべての添付書類がそろっているかをご確認ください。

【添付書類】(すべて原本)

- 領収書(移送に要した費用の領収書、および、その明細のわかるもの)
- 移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書
- 医師照会の同意書

【給付金について】

- ※適正にお支払いをする為に審査に時間が掛かる場合があります。
- ※被保険者給与口座(任継加入者は健保ご登録の口座)に振込まれます。
- ※振込は毎月1回、原則10日(金融機関等休日の場合後ろにずれます)となります。
- ※振込日・振込金額等は「給付金のお知らせ」にてお知らせ致します。

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

患者氏名	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
傷病名	
移送を必要とする理由 ※症状、その他具体的に記入してください。	
付添人の人数と付添人が必要な理由	
移送経路	
移送の方法回数	
移送年月日	年 月 日
上記の通り移送の必要を認めます。年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 電話	

同意書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、ブリヂストン健康保険組合が必要とする事項（私の個人情報を含む）について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所及び負傷に関わった団体等に対してブリヂストン健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受けることについて同意致します。また、上記照会を行うにあたり、ブリヂストン健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承致します。

後日、本件についてブリヂストン健康保険組合に対して一切の異議・請求等の申し立てを致しません。

なお、本書の写しも有効と致します。

ブリヂストン健康保険組合 理事長 様

同意日 令和 年 月 日

保険証記号
番号

氏名 _____ 印
生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日