

移送費・家族移送費請求書（1回）

所属所名 (市町村等名)	〇〇市		組合員証 記号番号	氏名	共済 太郎	
組合員証 記号番号	所属所コード 999	組合員証番号 9999			生年月日	昭平
移送者氏名	共済 良子		療養者 生年月日	昭平令	〇年 〇月 〇日	
傷病名	脳腫瘍				原因	不詳
発病年月日	〇年 〇月 〇日		経過	療養中		
医師の 証明	移送を必要とする理由	※移送を受ける者が自力では移送困難であり、現在の病院から移送されなければならない理由を詳細に記入してください。				
	入院医療機関名及び所在地	〇〇病院 〇〇市〇〇町1-1				
	移送の方法	移送寝台車		移送の経路	〇〇病院 → △△病院	
	令和 〇年 〇月 〇日 医師	住所	〇〇市〇〇町1-1			
		氏名	〇〇病院 医師名			
移送の方法	移送寝台車		移送の経路	〇〇病院 → △△病院		
移送年月日	令和 〇年 〇月 〇日		※付添人氏名 及び住所			
移送に要した費用	50,000 円					
請求金額	50,000 円					
上記のとおり申請します。 埼玉県市町村職員共済組合理事長 様 令和 〇年 〇月 〇日 郵便番号 330-0064 申請者住所 さいたま市浦和区岸町7-5-14 氏名 共済 太郎						
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和 〇年 〇月 〇日 〇〇市長 所属所長 埼玉 一郎						
共済組合 使用欄	決定					
	移送費			家族移送費		
	課長	主幹	主査	係	照合	備考
						整理番号
					K	

注. 付添人が必要な場合は、医師の証明欄に記入し、※欄も記入して下さい。