

移送費・家族移送費請求書（ 回）

所属所名 (市町村等名)				組 合 員	氏 名			
組合員証 記号番号		所属所コード	組合員証番号		生年月日	昭平	年 月 日	
移送者氏名				傷 病	療養者 生年月日	昭平令	年 月 日	
傷 病 名					原 因			
発病年月日		年 月 日		病 経 過				
医 師 の 証 明	移送を必要とする理由							
	入院医療機関名及び所在地							
	移送の方法				移送の経路			
	令和 年 月 日 医師 住所 氏 名							
移送の方法					移送の経路			
移送年月日	令和 年 月 日		※付添人氏名					
移送に要した費用	円		及び住所					
請求金額	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 年 月 日 郵便番号 申請者住所 氏 名								
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所属所長								
共 済 組 合 使 用 欄	決 定 伺							
	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。