

移送費

家族移送費請求書

決定伺	課長	課長補佐・主幹	課員

決定額								円
-----	--	--	--	--	--	--	--	---

記号	番号	組合員氏名	所属所名			
999	9999	共済太郎	〇〇市			
移送を受けた者の氏名	共済太郎		生年月日	昭和 平成	37年 12月 1 日	
移送の方法及び経路	〇〇病院～△△駅(タクシー) △△駅～□□駅(電車) □□駅～××整形外科(タクシー)		性別	男・女	続柄	本人
			請求額 (移送に要した費用)	100,000 円		
○移送に際して付添があった場合は、次の欄にも記入してください						
付添人氏名	なし		付添人の住所			
医師の意見	移送を必要とする理由	転地療養の必要を認め、かつ療養に緊急を要するため				
	傷病名	左距骨骨折	傷病の原因	スキー中に転倒	発症又は負傷年月日	平成〇年〇月〇日
	入院期間 (入院の場合のみ)	平成 〇年 〇月 〇日 から 平成 〇年 〇月 〇日 まで				
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 〇年 〇月 〇日 所在地 〇〇市〇〇 医療機関 名称 〇〇病院 医師名 〇〇 〇〇					
上記のとおり請求します。 福岡県市町村職員共済組合理事長 殿 平成 〇年 〇月 〇日 請求者 住所 〇〇市△△1丁目2番3号 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。 平成 〇年 〇月 〇日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇					共済組合受付印 印	