共済組合用

伺	下記のとおり決定して よろしいかお伺いします。	決裁	局　長	課　長	課長補佐	係　長	係

☑ 移　送　費
□ 家族移送費

請　求　書

決定額		
	移　送　費	※　　円
	家族移送費	※　　円

組合員証記号番号	100　－　8888	組合員氏名	共済　太郎	所属所名	○○市
移送を受けた者の氏名	共済　太郎	生年月日 性別・続柄	昭和　○　年　○　月　○　日	性別	男・女
				続柄	本人
傷病名	○○○○○○○	発病又は負傷年月日	令和　○　年　○　月　○　日		
発病又は負傷の原因	不明	移送を必要とする期間	令和　○　年　○　月　○　日　から		
			令和　○　年　○　月　○　日　まで		
移送に要した費用	10,000　円	移送費の請求金額	10,000　円		
移送の方法及び経路	離島の○○病院から最寄りの○○総合病院まで緊急で転院する必要があった際にフェリーとタクシーで移動した				
移送に関して付添いがあった場合	付添人の氏　名	看護　太郎	付添人の住　所	○○町○○番地	

上記のとおり請求します。

山形県市町村職員共済組合理事長　様

令和　○　年　○　月　○　日

請求者
住　所　○○市○○町○－○－○
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　○　年　○　月　○　日

所属所受付印

所属所長
職　名　○　○　市　長
氏　名　○　○　○　○

(R6.4.1)

※　裏面の「医師の意見書」欄は、医師に記入してもらってください。ただし、同様の内容が記載された医師の意見書を添付することで記入に代えることができます。
※　付添いが必要であった場合は、裏面の「移送を必要とする理由」欄に付添いが必要であった理由を医師に記入してもらってください。「実費についての領収書」原本を添付してください。
※　移送に要した費用の領収書を添付してください。
※　※印欄は、記入しないでください。

<u>移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書</u>

<table>
<tr><td>傷　病　名</td><td colspan="2">〇〇〇〇〇〇〇</td></tr>
<tr><td>移送を必要とする理由

付添いがあった場合は、併せてその付添いを必要と認めた理由も記入してください</td><td colspan="2">〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇</td></tr>
<tr><td>移送の方法及び経路</td><td colspan="2">〇〇病院から〇〇総合病院までフェリーとタクシーを利用</td></tr>
<tr><td rowspan="2">入院した場合</td><td colspan="2">入院期間 令和 〇 年 〇 月 〇 日から 令和 〇 年 〇 月 〇 日まで</td></tr>
<tr><td>入院した病院等の名称及び所在地</td><td>〇〇総合病院
〇〇市〇〇町〇〇〇〇番地</td></tr>
</table>

上記のとおり移送の必要を認めます。

令和　〇 年 〇 月 〇 日

医療機関　住　所　〇〇町〇〇番地

名　称　〇〇病院

医　師　氏　名　〇〇〇〇