

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	○ ○ ○
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
傷 病 名		発 病 又 は 負傷年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	続柄	本人
発 病 又 は 負傷の原因	不明 (公務外)	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	50,000 円	移送費の請求金額	50,000 円		
移送の方法及び経路	別添のとおり				
移送に関して付添いがあった場合	付 添 人 の 氏 名	共 済 花 子	付 添 人 の 住 所	○○市○○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 住 所 ○○市○○町○丁目○番○号 請求者 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 職 名 ○ ○ 市 長 所属所長 氏 名 ○ ○ ○ ○					

所属所
受付印

(備考)

- 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。

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

傷 病 名		
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		
移 送 の 方 法 及 び 経 路		
入院した場合	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで
	入院した病院等の 名 称 及 び 所 在 地	
<p>上記のとおり移送の必要を認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">医 療 機 関</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">医 師 氏 名</p>		