

# 移送費 家族移送費 請求書

給付科目	※ 決 定 額	※ 給付番号
移送費 家族移送費	円	No.

組合員証	記号	組 合 員 氏 名	所 属 機 関 名	
	番号			
移送を受けた者	氏 名	傷 病 名		
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	発病・負傷の年月日 平成 令和
	性 別	男・女	組合員との 続 柄	発病・負傷の原因
移送に要した費用	円		移送費の請求金額	円
移送の方法 及び経路				
付 添 場 合 及 び 添 付 名	氏 名	住 所		
医 師 又 は 歯 科 医 師 の 意 見 欄	移送を必要と認め た（付添いがあつた 場合は併せて認め る必要と認め た理由）			
	入院した場合は、そ の期間並びに病院又 は診療所の名称及び 所在地	入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間)	
		名 称		
		所 在 地		
	移送の方法及び経路			
	上記のとおり認めます。 令和 年 月 日 住所 医師又は歯科医師 氏 名			
別添証拠書類を添えて、上記のとおり請求します。 愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿 令和 年 月 日 住所 申請者 氏 名				
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 令和 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名				

- 1 移送に要した費用の額に関する証拠書類を必ず添付して下さい。
- 2 ※印欄は、記入しないで下さい。