

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 番号	組合員 氏名	所属 機関名
移送を受けた者	氏名	傷病名	
	生年月日	年 月 日	発病・負傷の年月日 平成 年 月 日
	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 い が あ つ の 氏 所 名 場 合 、 住 所	氏名	住所	
医 師 又 は 歯 科 医 師 の 意 見 欄	移送を必要と認められた 理由(付添いは必要と認め た) (付添いは必要と認め た)	入院期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日間)
	入院した場合は、その の期間並びに病院又 は診療所の名称及び 所在地	名 称	
		所 在 地	
	移送の方法及び経路		
	上記のとおり認めます。 平成 年 月 日 医師又は歯科医師 住所 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 平成 年 月 日 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。 平成 年 月 日 所属所長 職 名 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。