

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	〇〇〇	組合員 氏名	共済 太郎		所属 機関名	〇〇市		
	番号	〇〇〇							
移送を受けた者	氏名	共済 一郎			傷病名	脳腫瘍			
	生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日			発病・負傷の年月日	平成 〇年 〇月 〇日			
	性別	男・女	組合員との 続柄	長男	発病・負傷の原因	不明			
移送に要した費用	〇〇〇〇〇 円				移送費の請求金額	〇〇〇〇〇 円			
移送の方法 及び経路	〇月〇日〇時 〇〇病院の救急車両（寝台）により〇〇市〇〇町から〇〇経由し 〇〇大学附属病院へ移送した。								
付添 いた が、あ その の氏 住所	氏名	〇〇 〇〇		住所	〇〇市〇〇町〇〇〇				
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（付添いがあつた 場合は併せて認め る必要と認め	症状が重篤で緊急の手術が必要であるため、看護師の付添いを伴う緊急の 転院・移送が必要であると認めた。							
	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	平成 〇年 〇月 〇日 ~ 平成 〇年 〇月 〇日 (〇日間)			名称	〇〇病院		
	移送の方法及び経路	所在地	〇〇市〇〇町〇〇〇						
	上記のとおり認めます。 平成 〇年 〇月 〇日 医師又は歯科医師 住所 〇〇市〇〇町〇〇〇 氏名 〇〇 〇〇								印
	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 〇年 〇月 〇日 申請者 住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇 氏名 共済 太郎								印
	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								印

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。