

# 移送費請求書

## 家族移送費

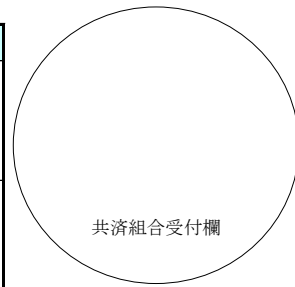
組合員証	記号	9098	組合員	フリガナ	キョウサイ タロウ		所属機関	名称	〇〇町役場
	番号	90999		氏名	共済 太郎			所在地	〇〇町〇〇123-1
個人番号 ※			※ 組合員証記号・番号を記入の場合は不要です。						
受移 け 送 た 者 を	フリガナ	キョウサイ 伊吹		性別	続柄	付添人 (付添いがあった場合のみ記入)			
	氏名	共済 一郎		男	父	住所	〇〇町〇〇番地		
	生年月日	昭和 〇〇年〇月〇日生		女		氏名	〇〇 〇〇		
	個人番号 ※	※ 組合員証記号・番号を記入の場合は不要です。							
傷病名		傷病の原因			発病又は負傷年月日				
〇〇〇病		〇〇〇〇〇〇のため			平成 〇〇年 〇月 〇〇日				
移送に要した費用		移送の方法及び経路							
〇, 〇〇〇 円		(※詳細に記入してください。)							
請求金額									
△, △△△ 円									
上記のとおり請求します。 熊本県市町村職員共済組合理事長 様 令和〇〇年〇〇月〇〇日 請求者住所 (組合員) 氏名									
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 職名 所属所長 氏名									

〈注意事項〉

- この請求書には、移送の費用の額に関する証拠書類（領収書（原本）等）を添付してください。
- 2面の移送に関する医師の意見書を医師に作成してもらい、1面の請求書に添付して提出してください。
- この様式の規格は、1面及び2面ともA4縦長です。縮小又は拡大印刷はしないでください。なお、1面及び2面を横並びでA3横長に印刷すること及びA4縦長に両面印刷することは差し支えありません。


共済組合使用欄（これより以下には記入しないでください。）

決定伺	課長	課長補佐	係長	係員
下記のとおり決定してよろしいか。				
※ 決定額	円			



# 移送に関する意見書

2面

患者の氏名		住 所				
傷 病 名						
移送を認めた理由						
 <p>医師の証明欄</p>						
				付添いがある		
				移 送 の 方		送 年 月 日
上記のとおり、移送が必要であることを認めます。						
年 月 日						
名 称						
医療機関 所在地						
医師氏名						