

# 移 送 費 請 求 書

## 家 族 移 送 費

組合員証	記号		組合員	フリガナ		所属機関	名称	
	番号			氏名			所在地	
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				続柄	付添人（付添いがあった場合のみ記入）		
	氏名					住所		
	生年月日	年	月	日生		氏名		
	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		
						年 月 日		
移送に要した費用		移送の方法及び経路						
円								
請求金額								
円								
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">熊本県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者住所 (組合員) 氏名</p>								
<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</p>								

＜注意事項＞

- (1) 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) 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。
- (3) 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			

共済組合受付欄

# 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			
付添いがあった場合、付添いを認めた理由			
移 送 の 方 法	移 送 の 経 路	移 送 年 月 日	
<p style="text-align: center;">上記のとおり、移送が必要であることを認めます。</p> <p style="text-align: center;">年    月    日</p> <p style="text-align: center;">名    称</p> <p style="text-align: center;">医療機関 所 在 地</p> <p style="text-align: center;">医 師 氏 名</p>			