（短第１号の３）

課長	課長補佐	担当	総合確認	基幹入力	入力照合

移　送　費
家族移送費　請求書

＊ 決定額	移　送　費 家族移送費	円

組合員証	記号	○○○	組合員氏名	共済　太郎	所属機関名	□　□　□	
	番号	○○○○					
移送を受けた者の氏名		共済　花子			生年月日	□大正 ☑昭和○○年○○月○○日 □平成	性別 □男・☑女

医師の意見及び証明	傷病名	○○○○	発病又は負傷の原因	○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○
	発病又は負傷の年月日	平成○○年○○月○○日	移送を必要とする理由（付添があった場合は、その付添を必要とする理由）	○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○
	入院した場合の期間	平成○○年○○月○○日から 平成○○年○○月○○日まで	入院期間の病院又は診療所の名称及び住所	○○病院 ○○市○○４－５－６
	移送の方法	患者運搬専用車による移送		
	移送の経路	○○病院から○○病院		

上記の記載事項により移送が必要であることを認めます。

平成○○年○○月○○日

保険医療機関の住所及び名称　○○病院　○○市○○４－５－６
保険医氏名　○○　○○　印鑑

付添人の氏名及び住所		移送に要した費用の額	請求金額	移送費 家族移送費	○○，○○○ 円
		○○，○○○円			

上記のとおり請求します。

奈良県市町村職員共済組合理事長　殿

平成○○年　4　月　1　日

住所　○○市○○１－２－３
請求者
氏名　共済　太郎　共済

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　4　月　1　日

職名　□　□　□　長
所属所長
氏名　△　△　△　△　公印

（注）１．「医師の意見及び証明」欄は、医師に記入してもらってください。

２．「付添人の氏名及び住所」欄は、移送のときに付添があった場合のみ記入してください。

３．この請求書を提出するときは、移送に要した費用の領収書を添付してください。

４．＊欄は記入しないでください。