

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	組 合 員 氏 名	所 属 機 関 名	
	番号			
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	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 場 合 及 び 添 付 名	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(併せて必要と認め た場合、人が住む が、その住所 い、人住 が、人住 い、人住 添 場 合 及 び 添 付 名	入院期間	年 月 日 ~	年 月 日 (日間)
	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	名 称		
	移送の方法及び経路	所 在 地		
	上記のとおり認めます。 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 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。 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。