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.

組合員等	記号		組合員氏名		所属機関名（所在地）	
	番号		生年月日	昭和 平成　年　月　日		
移送を受けた者	氏名				傷病名	
	生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日			発病・負傷の年月日	平成 令和　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						
付添いがあった場合、その付添い人の氏名及び住所	氏名		住所			

医師又は歯科医師の意見欄	移送を必要と認めた理由（付添いがあった場合は併せてその付添いを必要と認めた理由）		
	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	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日（　日間）
		名称	
		所在地	
	移送の方法及び経路		

上記のとおり認めます。

令和　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　様

令和　年　月　日

申請者　住所
氏名

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

令和　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ください。
2　※印欄は、記入しないでください。