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	共済　太朗	所属機関名（所在地）	○○市
	番号	○○○	生年月日	昭和・平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
移送を受けた者	氏名	共済　一郎			傷病名	脳腫瘍
	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	長男	発病・負傷の原因	不明
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	○月○日○時　○○病院の救急車両（寝台）により○○市○○町から○○経由し○○大学附属病院へ移送した。					
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	○○市○○町○○○		

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）	症状が重篤で緊急の手術が必要であるため、看護師の付添いを伴う緊急の転院・移送が必要であると認めた。
	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　○○病院
		所在地　○○市○○町○○○
	移送の方法及び経路	○月○日　当院の寝台自動車により○○市○○町から○○経由○○大学附属病院へ移送
	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　○○市○○町○○○ 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　○○市○○町○丁目○－○
氏名　共済　太郎

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　○○市長
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。