|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 移送費  　　　　　　　　請求書  家族移送費 | | | | | | | 共済組合受付印 | | |
|  | | |
| 組合員証  記号番号 | | 公立福岡 | | 所属所名 | |  | | | |
| 組合員氏名 | |  | | 移送を受けた者の  氏名 | |  | | | |
| 移送の方法及び経路 | |  | | | | 移送に要した費用 | | 円 | |
| 移送に関して付添があった場合 | | 付添人氏名 | 付添人の住所 | | | 付添人に係る移送の費用 | | | 円 |
|  |  | | |
| 医師の証明 | 移送を必要とする  理由（具体的に） | |  | | | | | | |
| 傷病名 | | 傷病の原因 | | | 発病又は負傷の年月日 | 年　　月　　日 | | |
|  | |  | | |
| いずれかに○  医師の勧めによる転医　・　患者の希望による転医 | | | | 移動の困難性（歩行不能等）  有　　・　　無 | | | | |
| 入院した場合の  入院期間 | | 年　　月　　日　から　　　年　　月　　日　まで | | | | | | |
| 令和　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　医師　　氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　（記名押印又は署名） | | | | | | | | |
| 上記のとおり請求します。  公立学校共済組合福岡支部長　殿  令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　ＴＥＬ　 (　　　　)－(　　　　)－(　　　　)  　　　　　　　　　　　　　　〒  請求者　　　住所  （記名押印又は署名）氏名 | | | | | | | | | |
| 上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。  令和　　年　　月　　日  　　　　　 ＴＥＬ　 (　　　　)－(　　　　)－(　　　　)  所属所長　職名  氏名 | | | | | | | | | |

注　１「医師の証明」欄は、医師に記入してもらってください。ただし、同様の内容が記載された医師の証明書を添付することで記入に代えることができます。

　　２ 付添が必要であった場合は、「移送を必要とする理由」欄に付添が必要であった理由を医師に記入してもらってください。