

移送費 家族移送費 請求書



※決定額	移送費・家族移送費
	円

所属所コード		所属所名			
組合員証 記号番号	公立秋	組合員氏名			
療養者氏名		療養者 生年月日	年	月	日
傷病名		傷病の原因			
発病(負傷) 年月日		医療機関 及び住所			
移送年月日		移送に 要した費用	円	請求 金額	円
移送の区間		移送の方法			
付添いを必要 とした理由		付添い者 住所氏名			
どちらかにチェック→ 公金受取口座を <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない					
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合秋田支部長 様 令和 年 月 日 住 所 請求者 フリガナ 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 所属所長 職名 氏名					

印

1. 「移送を必要とする医師の意見書」を添付してください。
2. ※印欄は記入しないでください。
3. 請求者氏名にはフリガナを付してください。