

移送費・家族移送費 請求書

組合員氏名		青森二郎	
組合員証番号		1678901	
移送者	氏名及び続柄	青森ハナ	続柄 母
	生年月日	昭和・平成・令和 ○年11月3日	
	移送に要した費用	18,000円 (領収書等原本を添付)	
医師意見書 (医師が記入してください。)			
移送について	入院日	令和○年5月16日	
	傷病名	脳動脈瘤	
	移送区間	横浜町	から 青森市 まで
	移送方法	タクシー	
	移送日	令和○年5月17日	
	転院先指定病院	青森市立堤川病院	
看護師等付添人 (ある場合記入)		(職名)	氏名
		住所	
医師 確認 欄	<p>下記事項を確認のうえ、全てに該当することを確認してください。(左<input type="checkbox"/>にチェック) <u>全てに該当しない場合、支給対象とはなりません。</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 療養が保険診療として適切である。 <input checked="" type="checkbox"/> 負傷・疾病により病状が重篤である者又は重傷者等で歩行不能又は歩行での移動が著しく困難である <input checked="" type="checkbox"/> 医師の指示による緊急その他やむを得ないものと認められる。</p>		
移送を必要とする理由 (医学的に詳しく記入)		<p>専門病院において手術の必要が生じたが、患者は歩行困難であるため、公共交通機関を利用できず、タクシーにより搬送する必要があるものと判断した。</p>	
<p>支給要件に該当する事を確認し、また上記理由により移送を必要とする(した)。</p> <p>公立学校共済組合青森支部長 殿</p> <p style="text-align: right;">令和○年5月19日</p> <p style="text-align: right;">所在地 上北郡横浜町菜の花3-3</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 横浜町立診療所</p> <p style="text-align: right;">医師名 横浜一夫</p> <p style="text-align: right;">電話番号 0000-00-0000</p>			
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>公立学校共済組合青森支部長 殿</p> <p style="text-align: right;">令和○年5月25日</p> <p style="text-align: right;">組合員氏名 青森二郎</p>			

上記の記載事項については事実と相違ないものと認めます。

令和○年5月26日

所属所住所(電話) 上北郡横浜町菜の花1-1 (☎0000-00-0000)

所属所名 青森県立横浜高等学校

所属所長 職・氏名 校長 青森冬彦