

移送費・家族移送費 請求書

組合員氏名			
組合員証番号			
移 送 者	氏 名 及 び 続 柄	続 柄	
	生 年 月 日	昭和・平成・令和	年 月 日
	移送に要した費用	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 月 日	
	傷 病 名		
	移 送 区 間	から まで	
	移 送 方 法		
	移 送 日	令和 年 月 日	
	転院先指定病院		
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)</p> <p><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 type="checkbox"/> 療養が保険診療として適切である。</p> <p><input 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</p> <p><input 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>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 style="text-align: center;">公立学校共済組合青森支部長 殿</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所 在 地</p> <p style="text-align: right;">医 療 機 関 名</p> <p style="text-align: right;">医 師 名</p> <p style="text-align: right;">電 話 番 号 - -</p>			
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">公立学校共済組合青森支部長 殿</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">組合員氏名</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 月 日

所属所住所(電話)

(☎ - -)

所属所名

所属所長 職・氏名