

移送費請求書

家族移送費

所属所文書受付印

共済事務担当者印

印

決定金額	※
	円

フリガナ 組合員氏名	組合員証記号番号 公立鹿	所属所名	所属所コード
移送を受けた者の氏名		生年月日(和暦)	性別 続柄
		年 月 日	
傷病名	発病又は負傷の年月日	発病又は負傷の原因	
	令和 年 月 日		
移送の方法及び経路			移送に要した費用
			円
移送年 月 日			移送費の請求金額
令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			円
付添があった場合			
付添人氏名		付添人住所	
移送を必要と認めた理由(付添いがあった場合は、その付添いを必要と認めた理由も記載してください。)			
移送に係る医師の意見	移送の方法及び経路		
	入院した場合	医療機関の名称	
		医療機関の所在地	
		入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	上記に掲げる理由により、移送が必要であったと認めます。		
	令和 年 月 日	住所	医療機関名
		請求者(組合員) 氏名	担当医師名
		電話番号 (- -)	印
上記のとおり請求します。			
公立学校共済組合鹿児島支部長 殿		〒	
		住所	
		令和 年 月 日	
		請求者(組合員) 氏名	印
		電話番号 (- -)	
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	所属所所在地
		所属所長 職・氏名	
		電話番号 (- -)	
			印

注1 ※印欄は記入しないでください。
 2 移送に要した費用の領収書を添付してください。