

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

決定金額

※

円

フリガナ 組合員氏名	組合員番号	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	
傷病名		発病又は負傷の年月日	
令和 年 月 日		発病又は負傷の原因	
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	
		担当医師名 (署名)	
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		〒	
令和 年 月 日		住所	
請求者 (組合員) 氏名			
		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 (- -)	

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