

移送費

家族移送費

請求書

所属所名 (コード))	組合員証記号 番号	公立 長野	番 号			
				0	0		
組合員氏名		口座	給付金登録口座				
移送者の氏名 性別 (続 柄)	男・女 ()	移送者生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
傷 病 名		移送年月日		年	月	日	
傷病の原因		発病又は負傷年月日		年	月	日	
		診療区分	1 内科・外科等	2 歯科			
		入院外来区分	1 入院	2 外来	※診療日数		日
移送に要した総費用		円	※給付決定金額	総費用			円
請求金額	移送費		円	移送費			円
	家族移送費		円	家族移送費			円

移送元及び 移送先		移送における付添人		
移送経路		医師	住所	
			氏名	
移送の方法		看護師	住所	
			氏名	

上記のとおり請求します。
 公立学校共済組合長野支部長 様
 年 月 日
 住所
 請求者
 氏名
 (TEL)

印

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
 年 月 日

所属所 所 在 地
 所 属 所 名
 所属所長 職・氏名

(TEL)

印

添付書類

- 1 移送を必要とする医師の意見書
- 2 移送に要した費用の「領収書」