

※太線枠内は記入しないでください

移 送 費 家族移送費		請求書		医科区分		本・家区分	
						本・家・六歳・高	
組合員等 記号・番号		公立阪		備考			
組合員氏名				所属所名			
療養者氏名				療養者 生年月日		昭・平・令 年 月 日	
傷病名				傷病の原因 右のいずれかに○を つけてください		公務外・その他	
						公務災害（申請中・申請予定）	
						第三者行為（求償中・求償予定）	
発病(負傷)年月日		令和 年 月 日		移送年月日		令和 年 月 日	
移送経路							
移送の方法							
入・転院する先		医療機関名 所在地					
付添いを必要とした理由							
付添看護師等の氏名及び住所		氏名				住所 ※勤務先の医療機 関等の住所	
移送に要した費用				円		支給金額	
						円	
上記のとおり請求します。				郵便番号		電話番号	
公立学校共済組合大阪支部長 様							
				住 所			
				フリガナ			
令和 年 月 日 請求者				氏 名			
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。				郵便番号		電話番号	
令和 年 月 日							
所在地							
所属所名							
所属所長 職名							
氏名							
				所属所 受付印		※受付印がない場合は 公印を押印してください。	

【添付書類】

- 1 移送を必要とする医師の意見書(原本)
- 2 領収書(原本)