

## 移送費・家族移送費 請求書

組合員氏名		組 記	合 号	員 番	等 号	公立島根					
移送を受けた者の氏名		生年 月日		元号	年	月	日				
傷病名	発病又は負傷 の年月日	5		年		月	日				
	移送年月日	5		年		月	日				
傷病の原因		※ 決定額		円							
移送に要した費用の額	円	移送費の請求金額		円							
移送の方法及び経路											
付添いがあった場合 (家族等の付添いを除く)	付添人の住所・氏名・職業										
医師の証明	移送を必要と認めた理由（付添いがあった場合は併せてその付添いを必要と認めた理由）										
	入院した場合の入院期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで（	日間）	
	上記のとおり証明します。							令和	年	月	日
	医療機関名				医師の氏名	㊞					
上記のとおり請求します。											
公立学校共済組合島根支部長 様											
令和 年 月 日 住所											
請求者 氏名											
（自署によらない場合は押印が必要です。）											
所属所受付印	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 名										
	所属所長職氏名										
	公印										

- 注： 1 当該移送に要した費用の額に関する証拠書類を添付してください。  
 2 医師の証明欄は、医師に記入してもらってください。  
 3 ※印の欄は記入しないでください。