

移送費・家族移送費請求書

所属所名										電話 ()	
組合員 職 名		氏 名		組合員証番号					(枝番)	0 0	
移送を受けた者の 氏名・生年月日		年 月 日			性別	男 ・ 女		続柄			
発病又は負傷の 年 月 日					移送年月日	令和 年 月 日					
傷 病 名											
発病又は負傷の 原 因					医療機関名						
移送方法					移送経路						
移送に要した 費用の額		円			請求金額	円					
付添看護師等の 氏名及び住所					支給金額	円					
上記のとおり請求します。											
住所											
公立学校共済組合東京支部長 殿 請求者				署名							
令和 年 月 日				退職者の場合は自宅の電話番号 ()							
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。									事務取扱者氏名		
令和 年 月 日											
所属所長 職名 氏名 (公印省略)											
[添付書類] 1 移送費を必要とする医師の意見書 2 領収書(原本) [注意事項] 請求する前に必ず共済組合に状況をご連絡ください。									共済組合受付		

●太線枠内は記入しないでください。

提出先 公立学校共済組合東京支部給付貸付課短期給付担当

(令和6年1月)