

移送費・家族移送費請求書

●太線枠内は記入しないでください。

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		年 月 日			移送年月日	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					請求金額						
付添看護師等の 氏名及び住所					支給金額						
上記のとおり請求します。											
公立学校共済組合東京支部長 殿 請求者				住所 氏名							
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	
年 月 日											
所属所長 職名				(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)										共済組合受付	
[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。											

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3年4月)