

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		

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8年1月)