

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)	00
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			
年 月 日				署名		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)					
氏名									
[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4年1月)