

- 移送費
 家族移送費 請求書

決定伺	課長	課長補佐・主幹	課員

決定額					円
-----	--	--	--	--	---

記号	番号	組合員氏名	所属所名		
999	99999	共済 太郎	〇〇市		
移送を受けた者の氏名	共済 太郎		生年月日	昭和 平成 令和	37年 12月 1日
移送の方法及び経路	〇〇病院～△△駅(タクシー) △△駅～□□駅(電車) □□駅～××整形外科(タクシー)		続柄	本人	
			請求額 (移送に要した費用)	100,000 円	
○移送に際して付添があった場合は、次の欄にも記入してください					
付添人氏名	なし		付添人の住所		
医師の意見	移送を必要とする理由	転地療養の必要を認め、かつ療養に緊急を要するため			
	傷病名	左距骨骨折	傷病の原因	スキー中に転倒	発症又は負傷年月日
	入院期間 (入院の場合のみ)	令和 ○年○月○日 から 令和 ○年○月○日 まで			
	上記のとおり相違ないことを証明します。				
	○年○月○日 所在地 ○〇市〇〇 医療機関 名称 ○〇病院 医師名 ○〇 ○〇				
上記のとおり請求します。					
福岡県市町村職員共済組合理事長 殿					
○年○月○日					
請求者	住所	〇〇市△△1丁目2番3号			
	氏名	共済 太郎			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。				共済組合受付印	
○年○月○日					
所属所長	職名	〇〇市長			
	氏名	〇〇 ○〇			