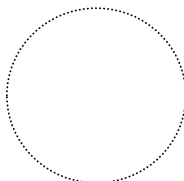
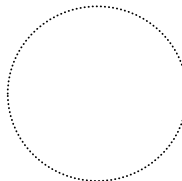


移送費・家族移送費請求書

所属所受付印

共済組合受付印



組合員証記号番号 又は個人番号				該当する□にはレ印を記入してください。また、※欄は記入しないでください。	
組合員氏名		所属機関名			
移送を受けた者	氏名	※資格取得・認定年月日		昭和・平成 年 月 日 令和	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 令和 () 歳		組合員との続柄	※コード ()
傷病名		第三者の行為または公務によるものですか？		☐ はい ☐ いいえ	
発病又は負傷年月日		平成・令和 年 月 日	発病又は負傷原因	(必ず記入してください。)	
移送に要した費用		円	請求金額	円	
移送の方法及び経路					
移送に関して付添いがあった場合		(付添人氏名)		(付添人住所)	
上記とおり請求します。 岡山県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 請求者 住所 (組合員) 氏名					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 職名 所属所長 氏名					

(2022.10改訂)

〔添付書類〕

- 医師又は歯科医師の意見書
- 移送に要した費用の額に関する証拠書類

※以下は、共済組合使用欄につき、記入不要です。

局長	課長	課長補佐	係長	係	決定年月日	決定額
						☐ 移送費 ☐ 家族移送費 円

移送に関する医師又は歯科医師の意見書

移 送 を 受 け た 者 の 氏 名		傷 病 名	
移 送 を 必 要 と 認 め た 理 由	(付添いがあった場合は、併せてその付添いを必要と認めた理由もご記入ください。)		
入 院 期 間	年	月	日
		~	
入院医療機関等の 名 称 及 び 住 所			
移 送 の 方 法 及 び 経 路			
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 住所 医 師 氏名 ⑩ 電話番号			

(2022.10改訂)

〔注意事項〕

日本語で作成されていないものであるときは、日本語の翻訳文を添付してください。