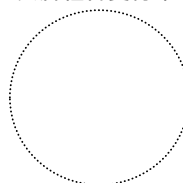
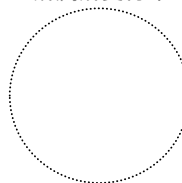


移送費・家族移送費請求書

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		〇〇〇-123456		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		共済 太郎		所属機関名	〇〇市
移送を受けた者	氏名	共済 花子		※資格取得・認定年月日	昭和・平成 令和
	生年月日	昭和・平成 令和 〇〇 〇〇 〇〇 (〇〇) 歳		組合員との続柄	子 ※コード ()
傷病名		△△△△△症		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 〇〇 〇〇 〇〇		発病又は負傷原因	(必ず記入してください。) 例) 就寝中に突然胸に激しい痛みが生じた
移送に要した費用		〇〇, 〇〇〇 円		請求金額	円
移送の方法及び経路		(「医師の意見書」を元にご記入ください。)			
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 〇〇市△△町〇-〇-〇 (組合員) 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。 この欄は所属所担当課で記入します					

(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 ㊞ 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。