

事務局長	課長	課員

移 送 費 請 求 書

家 族 移 送 費

				※ 決定金額		円
組 合 員 等	記号		フリガナ		所 属 機 関	名称
	番号		組合員 氏 名			所在地
移 送 を 受 け た 者	氏 名			傷 病 名		
	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	発病・負傷の年月日	令和	年 月 日
	組合員 との続柄			発病・負傷の原因		
移送に要した費用		円		移送費の請求金額	円	
付添い(医師、看護 師等)があった場 合、その付添い人の 住所及び氏名	住所					
	氏名			付添い人に係る 付添いの費用	円	
医 師 ま た は 歯 科 医 師 の 意 見 書	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)					
	入 院 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				日間
	名 称					
	所 在 地					
移送の方法及び経路						
上記のとおり認めます。						
		令和 年 月 日			〒	
		医師又は歯科医師		住 所		
				氏 名		
上記のとおり請求します。						
香川縣市町村職員共済組合理事長 様						
		令和 年 月 日			〒	
				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				
		所属所長		職 名		
				氏 名		

- 1 移送に要した費用の額に関する証拠書類を必ず添付してください。
- 2 ※印欄は記入しないでください。
- 3 医師、看護師等付添人については、医学的管理が必要であったと医師が判断する場合に限り、原則として一人までの交通費が支給対象になります。