

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	853	フリガナ	キョウサイ タロウ	所属機関	名称	〇〇市
	番号	1000	組合員氏名	共 済 太 郎		所在地	〇〇市〇〇〇町〇〇〇番地 〇〇
移送を受けた者	氏名	共 済 次 郎		傷病名	〇〇〇〇		
	生年月日	昭和 平成 令和	〇年 〇月 〇日	発病・負傷の年月日	令和 〇年 〇月 〇日		
	組合員との続柄	長男		発病・負傷の原因	〇〇〇〇		
移送に要した費用		〇〇〇〇円		移送費の請求金額	〇〇〇〇円		
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	〇〇市〇〇〇町〇〇〇番地〇〇					
	氏名	〇〇〇〇	付添い人に係る付添いの費用	〇〇〇〇円			
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)		症状が重篤で緊急の手術が必要であるため、看護師等の付き添いを伴う緊急の転院・移送が必要であると認めた				
	入院期間	令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日 〇日間					
	名称	〇〇〇〇病院					
	所在地	〇〇市〇〇〇町〇〇〇番地〇〇					
移送の方法及び経路		〇月〇日 当院の車両により〇〇市〇〇町から〇〇を經由し〇〇〇病院へ移送					
上記のとおり認めます。		令和 〇年 〇月 〇日	〒 〇〇〇-〇〇〇〇	住所	〇〇〇市〇〇〇町〇〇〇番地〇〇		
		医師又は歯科医師		氏名	〇〇〇〇〇〇		
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 〇年 〇月 〇日	〒 〇〇〇-〇〇〇〇	住所	〇〇〇市〇〇〇町〇〇〇番地〇〇	
		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。		令和 〇年 〇月 〇日	職名	〇〇市長			
		所属所長	氏名	〇〇〇〇〇〇			

- 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。