

移送費  
家族移送費 請求書

記号	〇〇〇	組合員	共済 太郎	所属	□□□		
番号	〇〇〇	氏名		機関名			
移送を受けた者の氏名		共済 太郎		生年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
医師の意見及び証明	傷病名	□□□	発病又は負傷の原因	□□□による			
	発病又は負傷の年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	移送を必要とする理由 (付添があった場合は、その付添を必要とする理由)	□□□による			
	入院した場合の期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日から 令和 〇 年 〇 月 〇 日まで	入院先医療機関名又は診療所名及び住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 奈良県□□市□□町□□番地			
	移送の方法及び移送の経路	患者運搬専用車による移送 〇〇病院から〇〇病院					
	上記の記載事項により移送が必要であることを認めます。 令和 年 月 日 保険医療機関の住所及び名称 保険医氏名						
付添人の氏名及び住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 奈良県□□市□□町□□番地		移送した費用	〇〇〇 円	請求金額	移送費	〇〇〇 円
家族移送費							
上記のとおり請求します。 奈良県市町村職員共済組合理事長 殿 令和 〇 年 〇 月 〇 日 住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 奈良県□□市□□町□□番地 請求者 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 □□□長 所属所長 氏名 □□ □□							

- (注) 1. 「医師の意見及び証明」欄は、医師に記入してもらってください。  
2. 「付添人の氏名及び住所」欄は、移送のときに付添があった場合のみ記入してください。  
3. この請求書を提出するときは、移送に要した費用の領収書を添付してください。