

移 送 費 請 求 書

家 族 移 送 費

| | | | | | |
|--|--------------|---------------|------------|--|---|
| 記号 | | 組 合 員 | | 所 属 | |
| 番号 | | 氏 名 | | 機 関 名 | |
| 移送を受けた者の氏名 | | | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | | | | | 性別 <input 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 | |
| | 発病又は負傷の年月日 | 年 月 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) | |
| | 入院した場合の期間 | 令和 年 月 日から | 令和 年 月 日まで | 入院先医療機関名又は | |
| | | | | 診療所名及び住所 | |
| | 移送の方法及び移送の経路 | | | | |
| <p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">保険医療機関の 住所及び名称 保 険 医 氏 名</p> | | | | | |
| 付添人の氏名及び住所 | | 移 送 に 要 した 費用 | 円 | 請 求 金 額 | 移 送 費 家族移送費 |
| 円 | | | | | |
| <p>上記のとおり請求します。</p> <p>奈良県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 請求者 氏名</p> | | | | | |
| <p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</p> | | | | | |

- (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。