

# 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			入院先医療機関名又は	
		令和 年 月 日まで			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。