

(短第1号の3)

移送費
家族移送費 請求書

決定額

円

組合員証	記号		組合員 氏名		所属 機関名	
	番号					
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					
	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 (印)					
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
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 年 月 日 住所 請求者 氏名 (印)						
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 職名 所属所長 氏名 (印)						

(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。