

移送費
家族移送費

請求書

所属所
受付年月日

				※決定額	円
組合員証	記号		フリガナ	所属機関	名称
	番号		組合員氏名		所在地
移送を受けた者	氏名		傷病名		
	生年月日	年 月 日	発病・負傷の年月日	令和 年 月 日	
	組合員との続柄		発病・負傷の原因		
移送に要した費用		円	移送費の請求金額		円
付添いがあった場合、その付添い人の住所及び氏名	住所				
	氏名		付添い人に係る付添いの費用		円
医師または歯科医師	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)				
	入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間			
	名称				
医師の意見書	所在地				
	移送の方法及び経路				
上記のとおり認めます。 令和 年 月 日 医師 医療機関名 氏 氏 名					
上記のとおり請求します。 鳥取県市町村職員共済組合 理事長 様 令和 年 月 日 請求者 住所 氏 氏 名					

- 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。

※決裁		局長	次長	課長	合議	主査
	令和 年 月 日					

<移送費及び家族移送費>

○ 適正な治療を受けるため、病院又は診療所に移送されたとき、組合が必要と認めた場合に、移送に要した費用を支給します。

○ 添付書類

「移送費に要した費用の額に関する証拠書類(領収書等)」

「医師の意見書」