

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	平成	年 月 日
	性別	男 ・ 女	発病・負傷の原因		
	組合員との続柄				
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)				
	入院した場合	入院期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 日間		
		名称			
	所在地				
医師の意見書	移送の方法及び経路				
	上記のとおり認めます。 平成 年 月 日 医師 医療機関名 氏名 ⑩				
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 平成 年 月 日 請求者 住所 氏名 ⑩ 請求者の氏名を自署した場合は、押印を省略できます。					

- 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	平成 年 月 日	局長	次長	課長	合議	主査

<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」