

# 移送費・家族移送費請求書

受付印

組合員証記号番号 又は個人番号		※印欄は、記入しないでください。 □には該当する箇所へチェックを入れてください。			
組合員氏名		所属機関名			
移送を受けた者	氏名	※資格取得・認定年月日 昭和・平成 年 月 日			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( ) 歳	組合員との続柄 ※コード ( )	性別	男・女
傷病名		第三者の行為または公務によるものですか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
発病又は負傷年月日	平成 年 月 日	発病又は負傷原因	(必ず記入してください。)		
移送に要した費用	円	請求金額	円		
移送の方法及び経路					
移送に関して付添いがあった場合		(付添人氏名)	(付添人住所)		
<p>上記とおり請求します。</p> <p>岡山県市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者 (住所) (氏名) 印</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>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属所長 (職名) (氏名) 印</p>					

(2017.1 改訂)

〔添付書類〕

- 1 医師又は歯科医師の意見書
- 2 移送に要した費用の額に関する証拠書類

※以下は、共済組合使用欄につき、記入不要です。

局長	課長	係長	係	決定年月日	決定額
					<input type="checkbox"/> 移送費 <input type="checkbox"/> 家族移送費

# 移送に関する医師又は歯科医師の意見書

移送を受けた者の氏名		傷病名				
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もご記入ください。)					
入院期間	年	月	日	年	月	日
入院医療機関等の名称及び住所						
移送の方法及び経路						
上記のとおり証明します。						
平成 年 月 日						
医師 (住所) (氏名) 印 (電話番号)						

〔注意事項〕

日本語で作成されていないものであるときは、日本語の翻訳文を添付してください。