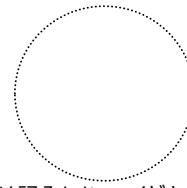
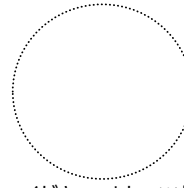


# 移送費・家族移送費請求書

所属所受付印

共済組合受付印



組合員等記号番号 又は個人番号				該当する□にはレ印を記入してください。また、※欄は記入しないでください。	
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	令和	
		( ) 歳		組合員との続柄	※コード ( )
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・令和	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)		
上記とおり請求します。 岡山県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 請求者 住所 (組合員) 氏名					
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 所属所長 職名 氏名					

(2024.12改訂)

## 〔添付書類〕

- 医師又は歯科医師の意見書
- 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	課長補佐	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
						円