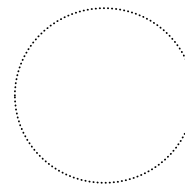
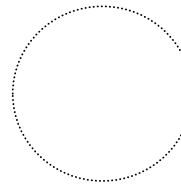


移送費・家族移送費請求書

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	〇〇〇-123456		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	共済 太郎		所属機関名	〇〇市
移送を受けた者	氏名	共済 花子	※資格取得・認定年月日	昭和・平成 令和
	生年月日	昭和・平成 令和 〇〇 〇〇 〇〇 (〇〇) 歳	組合員との続柄	子
傷病名	△△△△△症		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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
発病又は負傷年月日	平成・令和 〇〇 〇〇 〇〇	発病又は負傷原因	(必ず記入してください。) 例) 就寝中に突然胸に激しい痛みが生じた	
移送に要した費用	〇〇, 〇〇〇 円		請求金額	円
移送の方法及び経路	(「医師の意見書」を元にご記入ください。)			
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 〇〇市△△町〇-〇-〇 (組合員) 氏名 共済 太郎				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。				
この欄は所属所担当課で記入します				

(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