

移送費・家族移送費 請求書

局長	課長	係長	係	決定額	移送費	※	円
課長 専決					-----		
組合員証 記号		番号		組合員氏名		所属機関名	
移送を受けた者の氏名		生年月日		昭・平・令 年 月 日		性別	
傷病名		発病又は 負傷年月日		令和 年 月 日		続柄	
傷病の原因		付添人の氏 名及び住所		住所		氏名	
移送の方法 及び経路		移送した日：令和 年 月 日					
移送に要した 費用の額		請求額		移送費		円	
-----		-----		家族移送費		円	
上記のとおり請求します。						共済組合受付印	
鹿児島県市町村職員共済組合理事長 殿							
令和 年 月 日							
住所							
請求者							
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							
職名							
所属所長							
氏名							

- 注) 1. 裏面の移送に関する医師の意見書は、医師に作成してもらってください。
 2. 移送に要した費用の額に関する証拠書類を添付してください。
 3. ※印は記入しないでください。

移送に関する医師の意見書

移送を受けた者の氏名		傷病名	
初診年月日	令和 年 月 日	発病又は負傷の原因	
入院した場合の入院期間及び病院又は診療所の名称・所在地	入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
	病院又は診療所の名称・所在地		
移送の方法			
移送経路			
移送を必要と認めた理由	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 〔症状、その他具体的に記入してください〕 </div>		
付添を必要と認めた理由			
上記に掲げる理由により、移送が必要であると認めます。 令和 年 月 日 <div style="text-align: center;"> 所在地 医療機関の名称 医師の氏名 </div>			