

移送費・家族移送費 請求書

局長	課長	係長	係
課長 専決			

決定額	移 送 費	※ 家 族 移 送 費
		円

組合員証		組合員氏名		所属機関名			
記号	番号						
移送を受けた者 の氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日			
			性別	男・女	続柄		
傷病名			発病又は 負傷年月日	令和 年 月 日			
傷病の原因			付添人の氏 名及び住所	住所			
				氏名			
移送した日：令和 年 月 日							
移送の方法 及び経路							
移送に要した 費用の額			請求額	移 送 費			
				家 族 移 送 費			
円							

上記のとおり請求します。

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

共済組合受付印

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 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 〔症状、その他 具体的に記入 してください〕							
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 所在地 医療機関の名称 医師の氏名							