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 記号	組合員証 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
		続柄	1. 本人　2. 家族（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	円	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

<table>
<tr><td>移送を受けた者の氏名</td><td colspan="2"></td><td>傷病名</td><td></td></tr>
<tr><td>初診年月日</td><td colspan="2">令和　　年　　月　　日</td><td>発病又は負傷の原因</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">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</td><td>入院期間</td><td colspan="3">令和　　年　　月　　日から　令和　　年　　月　　日まで</td></tr>
<tr><td>病院又は診療所の名称・所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>移送の方法</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>移送経路</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>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）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>付添を必要と認めた理由</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

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