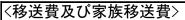
移 送 費 家族移送費 請 求 書

所属所

										*	〈 決定額			円
VП	l合員	□ <i>k</i> /r	記号			フリァ	ザナ			別原				
組		貝等	番号			組合員.	氏名			模製	所在地			
	; 送 を † た		氏	名					傷病	名				
移け		を受える	生年	月日		年	月	日	発病・負傷の年	月日	令和	年	月	日
			組合 との	合員 続柄					発病・負傷の原	因原				
移	送	に要	した	費用				円	移送費の請求会	定額				円
			っった 寸添い	住所										
			び氏名	氏名					付添い人に係付添いの費					円
医師ま	(1	付添いたは併せて	をと認め があった こその付き 認めた理	場合 添い										
ょた	入院	入 院 期 間			令和	年	月	日 ~ 令和	年	月	目		日間	
は歩	した	名 称												
歯科	////	所	在	地										
医蛭	移記	きの方	法及で	が経路										
師の	上記のとおり認めます。													
意見書		令表	村口	年		月	Ħ	医 師	医療機関名					
	上訂	己のとは	おり請え	求しま [、]	す。									
鳥取県市町村職員共済組合 理事長 様														
			令和		年	月	日	請求者	住所氏名					

- 1 移送に要した費用の額に関する証拠書類を必ず添付してください。
- 2 ※印欄は記入しないでください。

※ 決					局	長	次	長	課	長	合	議	主	査
裁	令和	年	月	日										



- 適正な治療を受けるため、病院又は診療所に移送されたとき、組合が必要と認めた場合に、 移送に要した費用を支給します。
- 〇添付書類

「移送費に要した費用の額に関する証拠書類(領収書等)」 「医師の意見書」