所属所

受付年月日

移送費
家族移送費　請求書

※決定額	円

組合員等	記号	○○○○	フリガナ	○○○○　○○○○	所属機関	名称 ○○市
	番号	○○○○	組合員氏名	○○　○○		所在地 ○○○○○○○○○○

移送を受けた者	氏名	○○　○○	傷病名	○○○○○○
	生年月日	昭和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	発病・負傷の年月日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
	組合員との続柄	本人	発病・負傷の原因	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
移送に要した費用		○○,○○○ 円	移送費の請求金額	○○,○○○ 円
付添いがあった場合、その付添い人の住所及び氏名	住所	○○市○○町○○		
	氏名	○○　○○	付添い人に係る付添いの費用	○○,○○○ 円

医師または歯科医師の意見書	移送を必要と認めた理由（付添いがあった場合は併せてその付添いを必要と認めた理由）	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
	入院した場合　入院期間	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ～ 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日　○○ 日間
	入院した場合　名称	○○○○病院
	入院した場合　所在地	○○市○○町○○
	移送の方法及び経路	○○○　○○から○○まで

上記のとおり認めます。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

医師　医療機関名 ○○○○病院

氏名 ○○　○○

上記のとおり請求します。

鳥取県市町村職員共済組合 理事長 様

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

組合員　住所 ○○市○○町○○

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。

※決裁	令和　年　月　日	局長	次長	課長	合議	主査

(R7.4.1)

<移送費及び家族移送費>
〇 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」