

決 裁	事務局次長	課長	課長補佐	係長	係	決定給付額	円
						決裁年月日	
						送金年月日	

移送費・家族移送費請求書

記号	番号	フリガナ			所属所名(市町名)		
		組合員氏名					
療養者氏名				性別	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日
傷病名					続柄		
傷病の原因							
傷病・負傷の年月日	平成	年	月	日			
医療機関 又は薬局	名称 所在地						
付添人氏名 及び住所							
移送の方法 及び経路							
移送に要した費用			円	請求金額			円

上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

三重県市町村職員共済組合理事長 様

組合員住所

組合員氏名



上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

所属所長

職名

氏名



裏面の医師の証明を記入し、当該移送に要した費用の領収書を添付してください。

移送に関する医師の証明

療養者氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
傷病名		発病又は 負傷年月日	平成 年 月 日
移送を必要 と認めた 理由 (付添いがある場合は 併せて その理由)			
移送方法 及び経路			
以下、入院した場合のみ記入してください。			
入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
医療機関	名称 所在地		
上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明する。			
平成 年 月 日			
医師 医療機関名			
氏 名			
印			