



|        |    |    |    |
|--------|----|----|----|
| 決<br>裁 | 課長 | 合議 | 担当 |
|        |    |    |    |

### 移送費請求書 家族移送費

|       |   |
|-------|---|
| ※ 決定額 |   |
|       | 円 |

|                           |     |               |          |             |   |
|---------------------------|-----|---------------|----------|-------------|---|
| 組合員証記号<br>及び番号又は<br>個人番号  | -   | 組合員<br>氏名     |          | 所属機関        |   |
| 移送を受けた<br>者の氏名            |     | 生年月日<br>(性別)  | 昭和<br>平成 | 年 月 日 (男・女) |   |
| 傷病名<br>(原因)               | { } | 発病又は<br>負傷年月日 | 平成       | 年 月 日       |   |
| 移送の方法<br>及び経路             |     | 移送に要した<br>費用  |          |             | 円 |
| 移送に付添いが<br>あった場合<br>付添人氏名 |     | 付添人<br>住所     |          |             |   |

|                            |   |       |  |       |      |       |
|----------------------------|---|-------|--|-------|------|-------|
| 医<br>師<br>の<br>意<br>見<br>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が必要と認めた理由) |       |  |       |      |       |
|                            | 入院した<br>場合                                | 入院期間  | 平成                                     | 年 月 日 | ～ 平成 | 年 月 日 |
|                            |   | 病院名   |  |       |      |       |
|                            |   | 所在地   |  |       |      |       |
|                            | 平成  | 年 月 日 | 医師名 <span style="float:right">Ⓜ</span> |       |      |       |

上記のとおり請求します。

石川県市町村職員共済組合理事長 様

平成 年 月 日

組合員 住所  
(請求者) 氏名 Ⓜ

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日

職名  
所属所長 氏名 Ⓜ

1. 移送に要した費用に関する書類を添付してください。
2. ※欄は記入しないでください。