

移送費・家族移送費は共済組合が認めた場合にのみ支給されます。
請求書を提出する前に、共済組合にお問合せください。

課長	保	健	係

移送費・家族移送費請求書

支給決定伺

決定額

円

組合員証記号番号	1 2 3 - 4 5 6 7	組合員	共済 太郎	所 属	〇 〇 市役所
又は個人番号※	1 2 必須ではありません 2	氏 名		機 関 名	
移送を受けた者の氏名	共済 小太郎	生年	平成〇〇年 3月 21日	性 別	男・女
個人番号※	2 必須ではありません 3	月 日			
移送の方法及び経路	〇〇病院から□□病院まで民間の救急車両にて移送				
移送に関して付添いがあった場合	付添人氏名	組合 一子 (看護師)	付添人住所	〇〇市〇〇町 1 2 3 4	
傷病名	〇〇病	傷病の原因	先天性	発病・負傷年月日	平成〇〇年 3月 21日
移送を必要とする理由	救急搬送するところ、救急車が手配できずやむを得ず使用				
入院した場合の入院期間	令和〇年 6月 1日から 令和〇年 6月 15日まで	医療機関名及び住所	〇〇病院 〇〇市〇〇町 4 5 6		
医師の証明	上記のとおり証明します。 令和〇年 6月 30日				
	移送が必要となった理由等について、医師から証明を受けてください。				
	住所 〇〇市〇〇町 7-8-9				
	医 師 氏名 〇 〇 〇 〇				
移送に要した費用	2 3 4 5 6 円	請求金額	移 送 費	円	
			家 族 移 送 費	2 3 4 5 6 円	
上記のとおり請求します。 栃木県市町村職員共済組合理事長 様 令和〇年 7月 1日					
住所 〇〇市〇〇町 4-5-6					
請求者 氏名 共 済 太 郎 印					
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和〇年 7月 5日					
職名 〇 〇 市 長					
所属所長 氏名 〇 〇 〇 〇 印					

※「個人番号」の記入は、必須ではありません。

- 付添いが必要であった場合は「移送を必要とする理由」欄に付添いが必要であった理由を医師に記入してもらってください。
- 移送に要した費用の明細を記入した領収書を添付してください。