

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 又は個人番号※	—	組合員 氏 名	所 属 機 関 名	
移送を受けた者の氏名		生年月日	年 月 日	性別 男・女
個人番号※				
移送の方法 及び経路				
移送に関して付添い があった場合	付添人 氏 名		付添人 住 所	
医師の証明	傷病名	傷病の 原 因	発病・負傷 年 月 日	年 月 日
	移送を必要とする理由			
	入院した場合 の入院期間	年 月 日から 年 月 日から	医療機関名 及び住所	
	上記のとおり証明します。 令和 年 月 日			
		住所 医 師 氏名		
移送に要した費用		請求金額	移 送 費	円
			家族移送費	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 年 月 日				
		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。 令和 年 月 日				
		職名 所属所長 氏名		

※「個人番号」の記入は、必須ではありません。

- 1 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。
- 2 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。