

課長	係長	係員

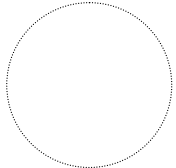
伺 下記のとおり支給して
よろしいか。

移送費・家族移送費請求書（110・120）

下記のとおり請求します。

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

入力	
----	--

請求日	年 月 日			請求金額 円	決定金額 円
組合員証 記号番号					
組合員氏名	印 所属所			移送に 要した 費用 円	
	移送を受けた 者の氏名				
生年月日 性別・続柄		明大昭平	年 月 日	続柄	
性別		男・女			
移送に関して 付添があった場合	付添者氏名		付添者住所		
医 師 の 証 明	移送を必要 とする理由				
	傷病名	傷病の 原因	傷病又は 負傷年月日	年 月 日	
	入院した 場合の 入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	病院又は 診療所の 名称及び住所		
	上記のとおり証明する。 年 月 日 職名 医師 氏名 印				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 職名 所属所長 氏名 印					
受付印 					

1. 太線の中を記入してください。
2. 付添が必要であった場合は、「移送を必要とする理由」欄に付添が必要であった理由を医師が記入してください。
3. 必ず所属所長の証明を受け、提出してください。
4. 移送に要した費用の明細が記載されている「領収書」を添付してください。