

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

請求金額	〇〇,〇〇〇	円	決定金額		円
------	--------	---	------	--	---

請求日	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	所属所	〇〇市役所		
組合員証 記号番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇〇	移送に 要した費用	〇〇,〇〇〇		
組合員氏名	共 済 太 郎		円		
移送を 受けた 者の氏名	共 済 花 子 続柄 (長女)		生年月日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日	
移送に関して 添付が あった場合	添付者氏名			添付者住所	

移送に要した実費を記入してください。

「医師の証明」欄は医師が記入します。

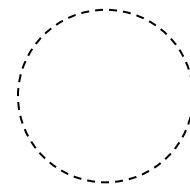
医 師 の 証 明	移送を必要とする理由	移動困難な患者が重篤に陥り、当診療所の設備では十分な治療ができないため、設備が充実している総合病院へ移送を必要とした。			
	傷病名	〇〇〇〇〇〇	傷病の 原因	〇〇〇〇〇〇	
	傷病又は 負傷年月日	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	入院した 場合の 入院期間	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日から 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日まで	
	上記のとおり証明する。 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 住所 茨城県〇〇市〇〇町〇〇番地 医師 病院名 〇〇〇〇総合病院 氏名 〇〇 〇〇				

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

職名 〇〇市長
所属所長
氏名 〇〇 〇〇

受付印



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