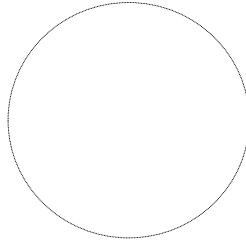
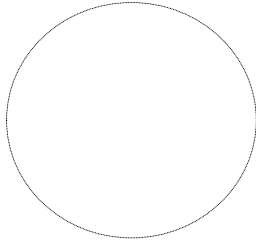


共済組合受付日付印

所属所受付日付印



決 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 及び番号又は 個人番号	-	組合員 氏名	所属機関
移送を受けた 者の氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
傷病名 (原因)	[]	発病又は 負傷年月日	令和 年 月 日
移送の方法 及び経路		移送に要した 費用	円
移送に付添いが あった場合 付添人氏名		付添人 住所	

医 師 の 意 見 欄	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 場合	入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
		病院名	
		所在地	
	令和 年 月 日	医療機関の名称 及び所在地	医師名 (印)

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

令和 年 月 日

組合員 住所
(請求者) 氏名

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

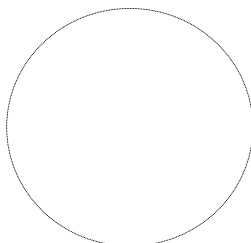
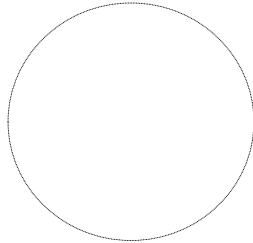
令和 年 月 日

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。

共済組合受付日付印

所属所受付日付印



決 裁	課 長	合 議	担 当

移 送 費
家 族 移 送 費 請 求 書

※ 決定額

円

組合員証記号及び番号又は個人番号	123 - 456	組合員氏名	共済 太郎	所属機関	〇〇市役所
移送を受けた者の氏名	共済 花子	生年月日	昭和 平成 57年 4月 4日 令和		
傷病名(原因)	〇〇〇〇〇〇〇 [△△△△△]	発病又は負傷年月日	令和 4年 4月 4日		
移送の方法及び経路		移送に要した費用	25,000 円		
移送に付添いがあった場合付添人氏名	共済 太郎	付添人住所	石川県〇〇市〇〇町123番地		
医 師 の 意 見 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 場 合	入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
		病院名			
		所在地			
	令和 年 月 日	医療機関の名称及び所在地	医師名		印
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 令和 4年 6月 1日 組合員住所 石川県〇〇市〇〇町123番地 (請求者)氏名 共済 太郎					
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 令和 4年 6月 1日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇					

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。