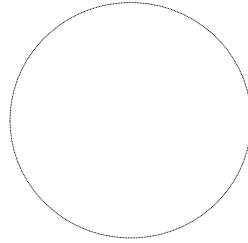
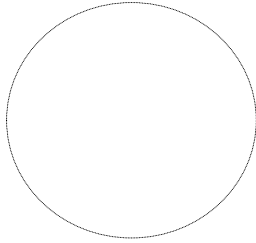


共済組合受付日付印

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

組合員等記号 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 (性 別)	昭和 平成 令和 年 月 日 (男・女)
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。