移送費請求書

局長		次長		課長		課長補佐		係長		係	

受付印必要

移　送　費
家族移送費　請　求　書

						決　定　額	※　　円
組合員氏名		組合員証記号番号	－			所属機関名	
移送者氏名		生年月日	年　月　日			続柄	
傷病名		傷病の原因					
発病又は負傷の年月日	令和　年　月　日	移送に要した費用	円			請求金額	円
移送の年月日	令和　年　月　日	移送の経路				移送の方法	
付添人氏名		付添人住所					

上記のとおり請求します。

高知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

1. 請求書には、移送を必要と認めた理由（付添いがあった場合は、併せて付添いの必要な理由）を記載した医師の意見書・証明書を添えて下さい。
2. 移送に要した費用に関する領収書を添えて下さい。
3. 入院した場合には、その期間並びに病院又は診療所の名称・所在地が記載された証明書を添えて下さい。
4. ※印欄は記入しないで下さい。
5. 請求者の署名及び所属所長の証明欄をあらかじめ印字している場合は、必ず所属所受付印を押印してください。