

移送費・家族移送費 請求書

組 合 員 証	記 号	番 号	所属機関名 (市・町・村・一部事務組合等)	
			名 称	
組 合 員 氏 名			所 在 地	
生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日		
移 送 を 受 け た 者	続 柄	氏 名		生 年 月 日
	※			昭和 平成 令和
請 求 金 額	移 送 費 ・ 家 族 移 送 費			円
移 送 に 関 して 付 添 が あ っ た 場 合				
付 添 人 氏 名		付 添 人 住 所		付 添 人 に 係 る 付 添 の 費 用
				円
医 師 の 証 明	傷 病 名		傷 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	傷 病 の 原 因
			令 和 年 月 日	
	移 送 を 必 要 と す る 理 由 (付 添 人 を 必 要 と す る 理 由 を 含 む)			
	移 送 の 方 法 及 び 経 路			入 院 期 間
				令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで
	令 和 年 月 日		医 療 機 関 の 名 称 及 び 所 在 地	
		医 師 氏 名		
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">長野県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者 住所 氏名</p>				
所属所受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。			
	令和 年 月 日			
	所属機関の長			職名 氏名

※印欄は記入不要です。