

移送費 請求書

家族移送費

課長	主幹・副主幹	係員	主任

※	決定額									円
---	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	---

給付種別
1 1 0
1 2 0

所属	組合員証番号	組合員氏名	請求金額	円								
				円								
療養者氏名	続柄	療養期間	年号	年	月	日	から	年号	年	月	日	まで
			平4					平4				
移送年月日	移送先の医療機関名等	医療機関名	所在地									
年号	年	月	日									
平4												
移送の方法及び経路												
付添人の氏名・住所 (付添人があった場合に記入)												
傷病名	傷病の原因											
療養期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	入院の有無	有・無									
1.移送を必要とする理由												
2.移送の方法及び経路												
3.医師・看護師等の付添人があった場合は、その付添いを必要と認めた理由												
平成 年 月 日	医療機関名称及び所在地	医師氏名		印								
上記のとおり請求します。												
神奈川県市町村職員共済組合理事長 様												
平成 年 月 日	組合員	住所	氏名	印								
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。												
平成 年 月 日	所属所長	職名	氏名	印								

組合員証の記号・番号、組合員氏名を記入してください。そして支払った金額を請求金額欄に記入してください。

療養者の氏名・生年月日を記入して、続柄欄は上部に名称、下部に続柄コードを記入してください(例 妻・23 / 本人. 00)。そして療養期間を記入してください。

移送した日、移送先の医療機関名を記入してください。

移送方法と経路を具体的に記入してください(例 ○○病院より神奈川県市の○○病院まで○○の自動車により搬送した)。

移送の際に付添人がいた場合には、その者の氏名・住所を記入してください。

担当医師に医療機関名称・住所・医師氏名の記入ならびに押印を依頼してください。

請求年月日と組合員の住所・氏名を記入・押印してください。

請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長(市町村長・一部事務組合長)職名・氏名を記入し押印してください。

- 1.移送に要した費用の領収書を添付してください。
- 2.「医師の証明」欄は、医師(転院の場合は転院前の医師)に記入してもらってください。ただし、同様の内容が記載された医師の証明書を添付することで、記入に代えることができます。
- 3.※欄は記入しないでください。