移送費
家族移送費　請求書

※決裁伺	課長	主幹・副主幹	係員	主任

給付種別		
1	1	0
1	2	0

※ 決定額　　円

所属	組合員証番号	組合員氏名	請求金額
			円 円

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。

療養者氏名	続柄	療養期間
		年号 年 月 日 から 年号 年 月 日 まで （年号：平4 令5）

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。

移送の状況		
	移送年月日（年号 平4 令5　年 月 日）	移送先の医療機関名等：医療機関名　　所在地
	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）	

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　○○病院から○○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・住所を記入して下さい。

移送に関する医師の証明				
	傷病名		傷病の原因	
	療養期間	年　月　日 から　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

年　月　日

医療機関名称及び所在地

医師氏名　　㊞

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。

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

年　月　日　　組合員　住所　氏名

請求年月日と組合員の住所・氏名を記入してください。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日　　所属所長　職名　氏名

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。