

移 送 費 請 求 書
 家 族 移 送 費

① 組合員証記号番号				② 組合員氏名				③ 所属所名			
		-									
④ 療養者氏名				⑤ 療養者の生年月日				⑥ 組合員との続柄			
				年 月 日							
⑦ 傷病名				⑧ 移送年月日				⑨ 医療機関等の名称			
				年 月 日							
⑩ 第三者行為によるものですか				⑪ 入院・入院外の別				⑫ 移送に要した費用			
はい ・ いいえ				入院 ・ 入院外				円			

医 師 の 証 明 欄	療養者氏名		傷病名	
	移送を必要とする理由			
	移送の区間		移送の方法	
	～			
	医師、看護師等の付き添いの有無、及びその必要とする理由			
有 ・ 無		理由：		
上記のとおり相違ありません。				
令和 年 月 日				
住所(所在地)				
医 師		医 療 機 関 名		
氏 名		氏 名		
(印)				

上記のとおり請求します。	
福井県市町村職員共済組合 理事長 様	
令和 年 月 日	
請求者氏名	(印)
(自署の場合、押印は不要です。)	
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	(印)

* この請求書には、移送に要した費用の領収書（原本）を添付してください。

移 送 費		円
家族移送費		円

受 付