

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		
	※		男・女	昭和 平成	年 月 日	
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		
		平成 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		
				年 月 日から 年 月 日まで		
	平成 年 月 日		医療機関の 名称及び所在地			
		医師 氏名		印		
上記のとおり請求します。						
長野県市町村職員共済組合理事長 様						
平成 年 月 日						
				住所		
請求者				氏名		
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。					
	平成 年 月 日					
	職名 所属機関の長				氏名	

※印欄は記入不要です。