

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 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				
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						
令和 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。					
	令和 年 月 日					
					職名	
	所属機関の長				氏名	

※印欄は記入不要です。