

課長	課長補佐	主幹・係長	係	関係職員

移 送 費 請 求 書
家 族 移 送 費

組合員証記号番号				組合員氏名				生 年 月 日				所 属 所 名						
								昭和 平成 令和	年	月	日							
移送を受けた者の氏名				生 年 月 日				続 柄										
				昭和 平成 令和				年	月	日								
傷 病 名				発病又は負傷の原因				発病又は負傷の年月日										
								昭和 平成 令和				年	月	日				
移送に要した費用の額				区 分				請 求 金 額				決 定 金 額						
円				移 送 費 家族移送費				円										円
移 送 の 方 法																		
移 送 の 経 路																		
付 添 人 の 氏 名 住 所																		
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>静岡県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 請 求 者 氏 名</p>																		
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名 所属所長 氏 名</p>																		

- 次に掲げる事項を記載した医師又は歯科医師の意見書及び当該移送に要した費用の額に関する証拠書類を添付してください。
 - 移送を必要と認めた理由（付添いがあった場合は併せてその付添いを必要と認めた理由）
 - 病院又は診療所へ入院した場合には、その期間並びに病院又は診療所の名称及び所在地
 - 移送の方法及び経路
- 欄は、記入しないでください。