

決 裁	事務局次長	課長	課長補佐	係長	係	決定給付額	円
						決裁年月日	
						送金年月日	

## 移送費・家族移送費請求書

記号	番号	フリガナ	所属所名(市町名)			
		組合員氏名				
療養者氏名		性別	男・女	生年月日	S・H・R 年 月 日	
傷病名				続柄		
傷病の原因						
傷病・負傷の年月日	令和 年 月 日					
医療機関又は薬局	名称 所在地					
付添人氏名及び住所						
移送の方法及び経路						
移送に要した費用	円	請求金額	円			
上記のとおり請求します。						
令和 年 月 日						
三重県市町村職員共済組合理事長 様			組合員住所			
組合員氏名						
上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明する。						
令和 年 月 日						
所属所長			職名			
氏名						

裏面の医師の証明を記入し、当該移送に要した費用の領収書を添付してください。

## 移送に関する医師の証明

療養者氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日
傷病名		発病又は 負傷年月日	令和 年 月 日
移送を必要 と認めた 理由 (付添いがある場合は 併せて その理由)			
移送方法 及び経路			
以下、入院した場合のみ記入してください。			
入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
医療機関	名称 所在地		
上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明する。			
令和 年 月 日			
医 師		医療機関名	
氏 名		氏 名	