

移送費（共済）請求書 家族移送費（共済）

組合員氏名		記号番号	公立岡山									本人被扶養者
所属機関の名称及び所在地	移送を受けた者の氏名及び続柄		続柄()									
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日							
傷病名	移送年月日		令和	年	月	日	移送					
傷病の原因	※ 移送費		円									
発病傷年月日	平成 令和	年	月	日	移送方法							
移送に要した費用	円		移送経路									
請求金額	円		付添人の氏名及び住所									
医師の意見・証明	移送を必要と認めた理由											
	付添いを必要と認めた理由											
	移送方法											
	移送経路								移送年月日 令和 年 月 日			
	病院又は診療所に入院した場合		入院期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日									
			病院または診療所の名称及び所在地									
令和 年 月 日		医師 住所氏名 (印)										
上記のとおり請求します。								所属所受付印		支部受付印		
公立学校共済組合岡山支部長 殿 令和 年 月 日 請求者 住所氏名												

「付添人の氏名及び住所」欄は、付添いがあった場合に記入する。※欄は記入しないこと。

