

移送費（共済）請求書 家族移送費（共済）

組合員氏名		組合員証 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						
発病年月日 負傷年月日	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。

移送費(共済)請求書 家族移送費(共済)

組合員氏名	岡山 太郎	組合員証 記号番号	公立岡山	A	○	○	○	○	○	(本 人) 被扶養者
所属機関の名称 及び所在地	△△市立○○学校 △△市○○町○-○	移送を受けた者の 氏名及び続柄		岡山 太郎 続柄(本人)						
		生年月日	(昭和 平成 令和)	年	月	日				
傷 病 名	骨折	移 送 年 月 日	令和	○	○	0	7	0	1	移 送
傷病の原因	災害による転倒	※ 移 送 費			※記入不要					円
発 病 年 月 日 負 傷	平成 (令和) ○ 年 7 月 1 日	移 送 方 法	ヘリコプター							
移送に要した 費 用	2,000 円	移 送 経 路	○○市○○ — △△市△△							
請 求 金 額	最も経済的な経路、方法により 計算された額	円	付添人の氏名 及び住所	○○市○○町○-○ 倉敷 太郎						
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									
	※医師の証明をもらう									
	移送方法									
	移送経路							移送年月日		
								令和	年	月
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 7 月 30 日 請求者 住所 ○○市○○町○-○ 氏 名 岡山 太郎				所属所 受付印						

「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。