

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。

移送費(共済)請求書 家族移送費(共済)

組合員氏名	岡山 太郎	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	○	○	年	○	○	月	○	○	日	○	1	移送
傷病の原因	災害による転倒	※ 移送費		※記入不要							円				
発病傷 年月日	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 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 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。