移送費 請求書
家族移送費

第108条の2・第110条の3様式

給種コード										所属機関名	〇〇市		
組合員等記号・番号 又は 個人番号	記号	5	0	3	番号		1	2	3	4	5	組合員氏名	共済 太郎
移送を受けた者の氏名	共済 花子		生年月日	昭和	平成	令和			続柄	配偶者			
				△△年	7月	1日							
移送に関して付添があった場合	付添人氏名				付添人住所								
移送の方法及び経路	具体的方法および経路を記入												
移送に要した費用	21,000	円	請求金額	移送費	21,000	円	決金額	*				円	
				家族移送費									
移送を必要とする理由	医師が必要とする理由を記入												
傷病名	脳腫瘍		傷病の原因	不詳		発病又は負傷年月日	令和△△年3月10日						
入院した場合の入院期間	令和△△年3月10日から 令和△△年4月20日から		病院又は診療所名及びその住所		〇〇病院								
証明	上記のとおり証明します。 令和 △△年 4 月 20 日 所在地 前橋市大手町1-30-45 名称 共済病院 医師名 鈴木 四郎												
上記のとおり請求します。 群馬県市町村職員共済組合理事長 様 令和 △△年 4 月 21 日 請求者 住所 前橋市元総社町335番地の8 氏名 共済 太郎													
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 △△年 4 月 21 日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 赤城 一郎													

- 1 組合員等記号・番号を記入する場合は、個人番号は記入しないでください。
- 2 付添が必要であった場合は、「移送を必要とする理由」欄に付添が必要であった理由を医師に記入してもらってください。
- 3 移送に要した費用の明細を記入した領収書を添付してください。