

□ 移 送 費（給付種別 110）

（施行規程第108条の2、第110条の3関係）

□ 家族移送費（給付種別 120）

請 求 書

組合員証 記号番号	—										所 属 所	名 称			
組合員氏名												所 在 地			
移送を受けた 者の氏名	続柄（ ）										移送を受けた 者の生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
移送に要した 費用	円										請求金額	円			
移送に関して 付添があった 場合	付添人氏名										付添人住所				
傷病名											傷病の原因				
発病又は負傷 した年月日	平成・令和 年 月 日														
医 師 に よ る 意 見 書	移送を必要とした理由 ※付添を要した場合には その理由も併せて記入														
	移送の方法 及び経路														
	入院した場合の 入院期間		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日				入院先医療機関名 及びその所在地								
	上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 名 称 医療機関の 所在地 担当医師名												印		
上記のとおり請求します。 新潟県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 住所 請求者 氏名														印	
本人自ら署名する場合は、押印不要です。															
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 月 日 職名 所属所長 氏名												所属所受付印			
※ 共済組合 使用欄	給 付 額	移 送 費 家族移送費		円		決 裁 欄	課長	係長	係	検認	共済組合受付印				
1. 移送に要した費用の領収書(原本)を必ず添付してください。 2. 「医師による意見書」欄は必ず記入してもらってください。ただし、同様の内容が記載された、医師の証明書を添付することでこれに代えることができます。 3. 付添が必要であった場合には、その旨も併せて医師より証明を受けてください。 4. ※欄には何も記入しないでください。															