

□ 移 送 費 (給付種別 110)

(施行規程第108条の2、第110条の3関係)

請 求 書

□ 家族移送費 (給付種別 120)

組合員等 記号番号	-				所属所	名称			
組合員氏名					所属所	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	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。							所属所受付印		
令和 年 月 日									
職名									
所属所長									
氏名									
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。							共済組合受付印		
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。									
※ 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