

移 家 族 送 送 費 請 求 書

整理
番号

組合員記入欄	組合員証 記号番号	NGY	フリガナ 組合員氏名	所 属		
	移送を受けた 者の氏名		移送を受けた 者の生年月 日及び性別	年 月 日	(男・女)	
	傷病名		発病又は負傷 の年月日	年 月 日		
	発病又は負傷 の原因					
	移送に要した 費用の額	円	移送の方法 及び経路			
	(※) 付添人氏名			(※) 付添人住所		
	移送を必要と 認めた理由					
医師の意見欄	(※) 付添いを必要と 認めた理由					
	移送の方法及 び経路		入院した場合 は、その期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	
	上記のとおり相違ないことを証明します。					
	年 月 日	医療機関の名称 所在地 電話番号 医師の氏名				
上記のとおり請求します。						
(あて先)名古屋市職員共済組合理事長						
年 月 日						
請求者 住所又は所属氏名						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。						
年 月 日						
職 名 所属所長 氏 名						
事務局	次長	係長	係	決定額	円	

＜注意事項＞

1. この申請書には、移送に要した費用の額を証明する領収書を添付してください。
 2. 上記の書類が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。
- (※)付添人は、医学的管理が必要と医師が判断する場合に限り、医師・看護師等に認められます。