

# 移 送 費 請 求 書

## 家 族 移 送 費

整理 番号	
----------	--

組 合 員 記 入 欄	組合員証 記号番号	NGY 123456	フリガナ 組合員氏名	キウサイ タロウ 共済 太郎	所 属	総務局〇〇部〇〇課	
	移送を受け た者の氏名	共済 花子		移送を受けた 者の生年月 日及び性別	令和 〇年〇月〇日	(男 <input checked="" type="radio"/> 女)	
	傷病名	脳腫瘍		発病又は負傷 の年月日	令和 〇年〇月〇日		
	発病又は負 傷の原因	不詳					
	移送に要し た費用の額	〇〇,〇〇〇円	移送の方法 及び経路	リフトタクシー 〇〇病院-△△病院			
	(※) 付添人氏名			(※) 付添人住所			
医 師 の 意 見 欄	移送を必要 と認めた理 由						
	(※) 付添いを必 要と認めた理 由						
	移送の方法 及び経路		入院した場合 は、その期間	自	年 月 日	日間	
	上記のとおり相違ないことを証明します。		医療機関の名称	〇〇病院			
令和〇年〇月〇日		所在地	名古屋市〇区〇〇町△-△				
		電話番号	(052) 〇〇〇-〇〇〇〇				
		医師の氏名	〇〇 〇〇				
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							
令和〇年〇月〇日							
請求者		住所又 は所属 氏名	総務局職員部〇〇課 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。							
令和〇年〇月〇日							
所属所長		職名	総務局総務課長				
		氏名	総務 一郎				
事 務 局	次長	係長	係	決 定 額	円		

＜注意事項＞

- 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。
  - 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。