

移 家 族 移 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 | | 所 属 | |
| | | | 組合員氏名 | | | |
| | 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 | | |
| 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 |
| | | | | 至 | 年 月 日 | |
| | 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 | | | | 印 |
| | 上記のとおり請求します。 | | | | | |
| | 名古屋市職員共済組合理事長 様 | | | | | |
| | 年 月 日 | 住所又 は所属 氏 名 | | | | |
| | 請求者 | | | | | 印 |
| | 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 | | | | | 印 |
| | 課長 | 係長 | 係 | 決 定 額 | | |
| 主 管 | | | | | 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。

| | | | |
|--------|----|----|------|
| 主 管 | 課長 | 係長 | 事務担当 |
|--------|----|----|------|