

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 1234567	フリガナ	キヨサイ タロウ	所 属	総務局 課	部	
			組合員氏名	共済 太郎				
	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	昭和 平成	49 年 2 月 26 日	(男・女)	
	傷病名	脳腫瘍		発病又は負傷 の年月日	平成	21 年 1 月 16 日		
	発病又は負 傷の原因	不詳						
	移送に要し た費用の額	15,600 円	移送の方法 及び経路	リフトタクシー 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	平成	年 月 日	
				至	平成	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	病院					
平成	年	月	日	所在地	名古屋市中区 町9-9			
		電話番号	(052)972-					
		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								
平成 21年 1月 19日								
		請求者	住所又 は所属	総務局職員部 課				
		氏名	共済 太郎					
印								
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。								
平成 21年 1月 19日								
		所属所長	職 名	総務局総務課長				
		氏名	総務 一郎					
印								
事 務 局	課長	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。

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