□移　送　費
□家族移送費　請求書

※決裁伺	課　長	主幹・副主幹	係　員	主　任

給付種別		
1	1	0
1	2	0

※ 決定額　　円

組合員等記号・番号		組合員氏名		請求金額	円
記号	番号				円

療養者氏名		続柄		療養期間									
				年号	年	月	日	から	年号	年	月	日	まで
				平4 令5					平4 令5				

移送の状況	移送年月日					移送先の医療機関名等	医療機関名　　所在地
	年号	年	月	日			
	平4 令5						
	移送の方法及び経路						
	付添人の氏名・住所（付添人があった場合に記入）						

移送に関する医師の証明	傷病名		傷病の原因	
	療養期間	年　月　日 から　年　月　日 まで	入院の有無	有 ・ 無

1.移送を必要とする理由

2.移送の方法及び経路

3.医師・看護師等の付添人があった場合は、その付添いを必要と認めた理由

令和　年　月　日　　医療機関名称及び所在地

医　師　氏　名　　㊞

上記のとおり請求します。

神奈川県市町村職員共済組合理事長　様

令和　年　月　日　　組合員　住所　氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和　年　月　日　　所属所長　職名　氏名

組合員等記号・番号、組合員氏名を記入してください。
支払った金額を請求金額欄に記入してください。

療養者の氏名を記入してください。
続柄欄は上部に名称、下部に続柄コードを記入してください（例　本人：00/夫：20/妻：23）。
療養期間を記入してください。

移送した日、移送先の医療機関名および所在地を記入してください。

移送方法と経路を具体的に記入してください。
例）○○病院から○○病院まで○○の自動車により搬送した。等

移送の際に付添人がいた場合には、その者の氏名、住所を記入してください。

担当医師に医療機関名称・住所・医師氏名の記入ならびに押印を依頼してください。

請求年月日と組合員の住所・氏名を記入してください。

請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長（市町村長・一部事務組合長）の職名・氏名を記入してください。

1.移送に要した費用の領収書を添付してください。
2.「医師の証明」欄は、医師（転院の場合は転院前の医師）に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、記入に代えることができます。
3.※欄は記入しないでください。