移 送 費 請 求 書

家 族 移 送 費

整理 番号	
----------	--

組 合 員 記 入 欄	組合員等 記号番号	NGY 123456	フリガナ 組合員氏名	キヨウイ 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	令和 〇年〇月〇日		
	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		
	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。						
<p>令和〇年〇月〇日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称 〇〇病院 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</p>							
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>(あて先)名古屋市職員共済組合理事長</p> <p>令和〇年〇月〇日</p> <p style="text-align: right;">住所又は所属 総務局職員部〇〇課 請求者 氏名 共済 太郎</p>							
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和〇年〇月〇日</p> <p style="text-align: right;">職 名 総務局総務課長 所属所長 氏名 総務 一郎</p>							
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。