

※課長	係長	係員

何 下記のとおり支給して
よろしいか。

移送費・家族移送費請求書 (110・120)

下記のとおり請求します。

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

※
入力

請求日	平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日							請求金額	○○,○○○ 円		※ 決定金額	円
組合員証 記号番号	1	1	1		1	1	1	1				
組合員氏名	共済			太郎			共済	○○○	移送に 要した 費用	○○,○○○ 円		
移送を受けた 者の氏名	共済			花子			生年月日 性別・続柄	明大 昭平	○○年○○月○○日	続柄	妻	
										性別	男・女	
移送に関して 付添があった場合	付添者氏名						付添者住所					
医 師 の 証 明	移送を必要 とする理由	○○○○○○										
	傷病名	○○○○○○			傷病の 原因	○○○○○○			傷病又は 負傷年月日	平成○○年○○月○○日		
	入院した 場合の 入院期間	平成○○年○○月○○日から 平成○○年○○月○○日まで			病院又は 診療所の 名称及び住所	○○○○総合病院 茨城県○○市○○町○○3-3						
	上記のとおり証明する。 平成○○年 ○○月 ○○日											
				医師	職名	○○○○			氏名	○○ ○○		
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。										受付印		
平成○○年 ○○月 ○○日										印		
			職名	○○○○								
所属所長			氏名			○○ ○○						

1. 太線の中を記入してください。
2. 付添が必要であった場合は、「移送を必要とする理由」欄に付添が必要であった理由を医師が記入してください。
3. 必ず所属所長の証明を受け、提出してください。
4. 移送に要した費用の明細が記載されている「領収書」を添付してください。