

※課長	係長	係員

伺 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。

※ 入力	
---------	--

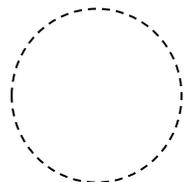
茨城県市町村職員共済組合理事長 様

請求日	年 月 日		請求金額	円		※	円	
組合員証 記号番号								
組合員氏名			所属所			移送に 要した 費用	円	
移送を受けた 者の氏名			生年月日 性別・続柄	年 月 日		続柄		
						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	年 月 日			
	入院した 場合の 入院期間	年 月 日から 年 月 日まで		病院又は 診療所の 名称及び住所				
	上記のとおり証明する。 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。

年 月 日
職名
所属所長
氏名

受付印



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