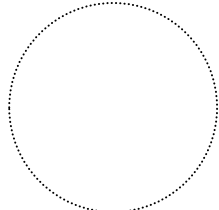


決 裁	確 認	係

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。  
茨城県市町村職員共済組合理事長 様

		請求金額	円	決定金額	円
請求日	年 月 日	所属所			
組合員等 記号番号	—				
組合員氏名		移送費用	円		
移送を受けた 者の氏名	(続柄 )	移送を受けた 者の生年月日	年 月 日		
移送の 方法・経路					
付添者 氏名		付添者 住所			
医 師 の 証 明	傷病名		傷病の 原因		
	発病・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	
	移送を必要 とした理由				
	付添が必要 であった理由	※付添者がいた場合のみ記載してください。			
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 住 所 病 院 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ください。
2. 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。