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。

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	
組合員証記号番号	―		
組合員氏名		移送に要した費用	円
移送を受けた者の氏名	続柄（　）	生年月日	年　月　日
移送に関して添付があった場合	添付者氏名		添付者住所

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
	上記のとおり証明する。 年　月　日 住所 医師　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

所属所長　職名

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。