

|     |     |   |
|-----|-----|---|
| 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                 | 〇〇,〇〇〇                     | 円                |             | 決定金額  | 円 |  |
| 請 求 日                     | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日                     |                      | 所属所                        |                  | 〇 〇 市 役 所   |       |   |  |
| 組 合 員 等<br>記 号 番 号        | 〇〇〇 - 〇〇〇〇〇                           |                      | 移送に要した実費を記入してください。         |                  |             |       |   |  |
| 組 合 員 氏 名                 | 共 済 太 郎                               |                      | 移 送 費 用                    | 〇〇,〇〇〇           |             |       |   |  |
| 移 送 を<br>受 け た<br>者 の 氏 名 | 共 済 花 子<br>(続柄 長女)                    |                      | 移 送 を 受 け た<br>者 の 生 年 月 日 | 平成〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 |             |       |   |  |
| 移 送 の<br>方 法 ・ 経 路        | 〇〇医院から△△病院まで、(株)◇◇タクシーの患者搬送サービスを利用した。 |                      |                            |                  |             |       |   |  |
| 付 添 者<br>氏 名              |                                       |                      | 付 添 者<br>住 所               |                  |             |       |   |  |
| 医<br>師<br>の<br>証<br>明     | 傷 病 名                                 |                      |                            | 傷 病 の<br>原 因     |             |       |   |  |
|                           | 発病・負傷<br>年月日                          | 年                    | 月                          | 日                | 入院した<br>場合の | 年     | 月 |  |
|                           | 移 送 を 必 要<br>と した 理 由                 | 「医師の証明」欄は医師が記入します。   |                            |                  |             |       |   |  |
|                           | 付 添 が 必 要<br>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。   |                                       |                      |                            |                  |             | 受 付 印 |   |  |
| 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日         |                                       |                      |                            |                  |             |       |   |  |
|                           |                                       | 職 名                  | 〇 〇 市 長                    |                  |             |       |   |  |
|                           |                                       | 所 属 所 長<br>氏 名       | 〇 〇 〇 〇                    |                  |             |       |   |  |

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。