

※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	令和○年○月○日				請求金額	○○,○○○ 円		決定金額	※	
組合員証 記号番号	○	○	○	○	○	○	○	円		
組合員氏名	共 済 太 郎				所属所	○ ○ 市役所		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	平成○年○月○日		続柄	長女	
								性別	男 <input checked="" type="radio"/> 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	移動困難な患者が重篤に陥り、当診療所の設備では十分な治療ができないため、 設備が充実している総合病院へ移送を必要とした。								
	傷 病 名	○○○○○	傷病の 原 因	○○○○○	傷 病 又 は 負 傷 年 月 日	令和○年○月○日				
	入院した 場合の 入院期間	令和○年○月○日から	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						
	証 明	上記のとおり証明する。 令和○年○月○日 医師 職名 ○○○○ 氏名 ○○ ○○								

移送に要した実費を記入してください。

「医師の証明」欄は医師が記入します。

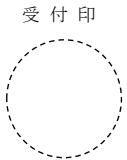
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和○年○月○日

職名 ○ ○ 市長

所属所長

氏名 ○ ○ ○ ○



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。