受付印

短期請求等様式第４号

決裁	事務局長	次長	課長	主幹	GL	担当	合議

資格取得年月日		資格喪失年月日		※決定年月日	

移送費
家族移送費　請求書

決定額	移送費 家族移送費	※　　円

組合員証記号番号	―	組合員氏名		所属所名	
療養者氏名	（※　　年　　月　　日認定）	生年月日 性別・続柄	年　　月　　日 性別　男・女　続柄		
傷病名		傷病の原因	（詳しく記入してください）	発病又は負傷の年月日	年　　月　　日
移送の経路及び方法	から まで 移送方法　：	移送に要した費用	円	請求金額	円
移送に関して付添いがあった場合	付添人の住所 氏名			付添人に係る移送の費用	円

医師の意見		
	移送を必要とする理由（付添いが必要な場合は、その必要な理由）	
	移送の経路及び方法	移送経路　：　　から　　まで 移送方法　：
	入院した場合の入院期間	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで
	上記のとおり移送の必要を認めます。　　年　　月　　日 医療機関住所 医療機関名称 医師氏名	

上記のとおり請求します。

滋賀県市町村職員共済組合理事長　殿

年　　月　　日　　住所
請求者
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

(注)　1　移送に要した費用の証明書を添付してください。
　　2　※印欄は記入しないでください。