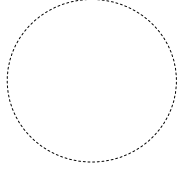


受 付 印



短期請求等様式第4号

決 裁	事務局長	次 長	課 長	課長補佐	G L	担 当	合 議

資格取得年月日		資格喪失年月日		※決定年月日	
<p style="text-align: center;"><b>移 送 費 請 求 書</b></p> <p style="text-align: center;"><b>家族移送費</b></p>			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		発病又は負 傷の年月日	年 月 日	
移送の方法 及び経路		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				
	入院した場合の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで			
	年 月 日	医療機関住所 医療機関名称 医 師 氏 名 印			
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 印					
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 印					

- (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。