

移 送 費 請 求 書

家 族 移 送 費

種 別	登 録 番 号
22	

●太線枠内を記入してください

所 属 所 名		移 送 年 月 日	年 月 日
組 合 員 氏 名		移 送 に 要 し た 費 用	円
組 合 員 証 番 号		移 送 の 方 法	
療 養 者 氏 名		移 送 の 経 路	
療 養 者 が 被 扶 養 者 の 場 合 生 年 月 日	年 月 日		
傷 病 名		付 添 看 護 師 等 の 氏 名 及 び 住 所	
傷 病 の 原 因		請 求 金 額	円
医 療 機 関 名		支 給 金 額	円

上記のとおり請求します。 東京都職員共済組合理事長 殿 年 月 日 住 所 請求者氏名	退職者の場合 電話番号 () 〒 住 所 請求者氏名
---	--

Ⓜ

* 請求者の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

共済組合
決定欄
課長

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 担当者	共済組合受付印 課長代理 担 当
--	------------------------

印

電話番号

[添付書類]

- 1 「移送を必要とする医師の意見書(原本)」
- 2 「領収書(写)」
- 3 2についての「明細書(写)」

記入例

移送費 ○家族移送費

請求書

種別	登録番号
22	

所属所名	○○局総務部	移送年月日	年 月 日 <small>移送した日を記入</small>
組合員氏名	共済 太郎	移送に要した費用	37,800 円
組合員証番号	0 1 2 3 5 6 7 8	移送の方法	寝台車
療養者氏名	共済 太一	移送の経路	○○診療所 ↓ 都立○○病院
療養者が被扶養者の場合 生年月日	昭和 30 年 2 月 28 日		
傷病名	くも膜下出血	付添看護師等の氏名及び住所	
傷病の原因	不詳	請求金額	円
医療機関名	○○診療所	支給金額	円

●太線枠内を記入してください

上記のとおり請求します。

退職者の場合
東京都職員共済組合理事長 殿
年 月 日
住所 新宿区中央○-○-○
請求者 氏名 共済 太郎 (印)
電話番号 () 123-5678

請求者の「氏名」の欄は、記名押印することによって、自筆による署名をすることができます。

共済組合
決定欄
課長

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 ○○局総務部長
所属所長
氏名 千代田 一郎 (印)
担当者 戸山 幸子 電話番号 03-1234-5678

共済組合受付印

課長代理

担当

[添付書類]

- 1 「移送を必要とする医師の意見書(原本)」
- 2 「領収書(写)」
- 3 2についての「明細書(写)」