移送	費		請	7	求書		種 別	登 録	番号	
家族移送費					22					
所属所名					移送年月日		年	月	日	●太線は
組合員氏名					移送に要した費用				円	ペクラ かいこう かいこう かいこう かいこう かいこう かいこう かいこう かいこう
組合員証番号					移送の方法					一入して
療養者氏名					,移送の経路					太線枠内を記入してください
療 養 者 が 被扶養者の場合 生 年 月 日		年 月	L	続柄	19 ZZ V7 NI BI					い
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。										
	年 月		請求者	住氏	〒 所 名			(P)		共済組合 決定 欄課 長
	*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。									
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 共済組合受付印 共済組合受付印									村印	課長代理

印

電話番号

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)」

年 月 日

職名

氏 名

担当者

所属所長

種 別

22

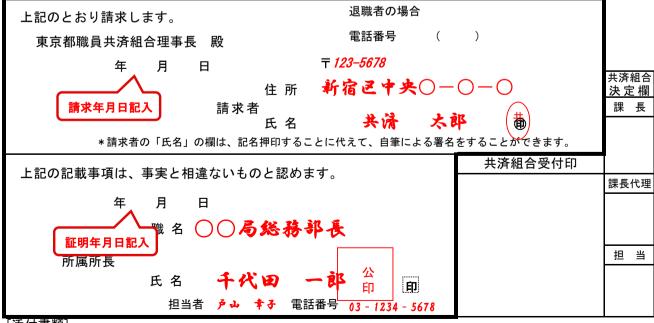
登 録 番

移 送 費

○家族移送費

請求書

移送した日を記入 ○○局総務部 月 所属所名 移送年月日 日 **37**,800 □ 共涌 太郎 組合員氏名 移送に要した費用 寝 3 組合員証番号 6 8 移送の方法 ○○診療所 療養者氏名 共涌 スー 移送の経路 続柄 療養者が 都立○○病院 被扶養者の場合 **昭和 30 年 2 月 28** 日 生 年 月 日 付添看護師等の 名 氏名 及び 住所 詳 傷病の原因 不 円 請求金額 円 医療機関名 () 誇 沂 支給金額



[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)」