

# 移 送 費 請 求 書

## 家 族 移 送 費

組合員番号 (職員番号)	仙 市	組合員氏名		所属										
移送を受けた者の氏名				生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和         年 月 日									
傷 病 名				発病又は負傷日	令 和 年 月 日									
傷 病 の 原 因	<input type="checkbox"/> 交通事故など他人によるもの <input type="checkbox"/> その他の病気・けが <input type="checkbox"/> 公務中または通勤中			移送に要した費用	円									
移送の経路及び方法	(経路)		(方法)											
付添いがあった場合の付添者	(氏名)		(住所)											
医師の意見欄	傷 病 名				移 送 日	令 和 年 月 日								
	移送を必要と認める理由													
	移送の経路及び方法	(経路)		(方法)										
	入院時	入院期間	令 和 年 月 日 ~ 令 和 年 月 日											
		医療機関	名称											
		所在地												
上記のとおり相違ありません。 <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 30%;">令和 年 月 日</td> <td style="width: 20%;">所在地</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>医療機関</td> <td>名称</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>医師氏名</td> </tr> </table> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span> </div>						令和 年 月 日	所在地			医療機関	名称			医師氏名
令和 年 月 日	所在地													
	医療機関	名称												
		医師氏名												
上記のとおり申請します。  仙台市職員共済組合理事長 様  令和 年 月 日  住 所 ..... 組 合 員 氏 名 (自署又は記名押印) ..... 日 中 連 絡 先 電 話 番 号					所 属 所 確 認 欄 ( 課 収 受 印 )									

共 済 組 合 受 付 印	共 済 組 合 処 理 欄						
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 40%;">移 送 費</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>決定額</td> <td>家 族 移 送 費</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </table>		移 送 費	円	決定額	家 族 移 送 費	円
	移 送 費	円					
決定額	家 族 移 送 費	円					