

		決定額		円	
移送費請求書 家族移送費					
組合員証 記号番号		組合員氏名		所属機関名	
移送を受け た者の氏名		生年月日	年 月 日	性別・続柄	性別() 続柄()
移送の方法 及び経路				移送に要 した費用	円
移送に関し て付添が あった場合	付添人氏名		付添人に係る移送の費用		円
	付添人住所				
医 師 の 証 明	移送を必要 とする理由				
	傷病名		傷病の原因		
	発病又は負 傷の年月日	平成 年 月 日	入院した場合 の入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
	平成 年 月 日	住所			
	医師	氏名	印		
上記のとおり請求します。					
山梨県市町村職員共済組合理事長 殿					
平成 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。					
平成 年 月 日					
職名					
所属所長					
氏名					
印					

組合員証の記号・番号、組合員氏名、所属機関（市町村又は一部事務組合名）を記入してください。

移送を受けた方の氏名・生年月日・性別・組合員との続柄を記入してください。

移送の方法（例： 病院より東京都新宿区 病院まで の自動車により搬送した。）及び移送に要した費用を記入してください。

移送の際、付添があった場合にその者の氏名・住所・費用を記入してください。

医師の証明欄については、担当医師に記入していただき、住所・氏名・押印を依頼してください。

請求年月日と請求者の住所・氏名を記入し押印してください。

請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長（市町村長・一部事務組合管理者）職名・氏名を記入し押印してください。

- 「医師の証明」欄は、医師に記入してもらってください。ただし、同様の内容が記載された医師の証明書を添付することで記入に代えることができます。
- 付添が必要であった場合は、「移送を必要とする理由」欄に付添が必要であった理由を医師に記入してもらってください。
- 移送に要した費用の額に関する領収書等を添付してください。