|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 短期請求等様式第４号 | 決 裁 |  | 次　長 | 課　長 | 主　幹 | Ｇ　Ｌ | 担　当 | 合　議 |
|  |  |  |  |  | 受 付 印 |  |
|
| 資格取得年月日※ | **移送費****家族移送費** | 資格喪失年月日 |  | ※決定年月日 |  |
| **請 求 書** | 決 定 額 | 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） | 性別･続柄 |  年 月 日 性別 男 ・ 女 続柄 |
| 傷病名 |  | 傷病の原因 | （ 詳しく記入してください ） | 発病又は負傷の年月日 | 年 月 日 |
| 移送の経路及び方法 | からまで移送方法　：　　　　　　 | 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(付添いが必要な場合は、その必要な理由) |  |
| 移送の経路及び方法 | 移送経路　：　　　　　　　　　　　　から　　　　　　　　　　　　まで移送方法　： |
| 入院した場合の入院期間 |  年 月 日から 年 月 日まで |
| 上記のとおり移送の必要を認めます。　　　　　　　　　　　　　　　　　 年 月 日 医療機関住所医療機関名称  |
| 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 氏 名  |
| 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 氏 名 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。(注) |