|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | |
| 組合員等 記号・番号 | | ― | | | | | | 組合員  氏 名 | | | | |  | | | | | | | | | | 所属所名 | | | |  | | |
| 療養者氏名 | | （※ 年 月 日認定） | | | | | | | | | | | | | | | 続柄 | | | 年 月 日  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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |