移送費
家族移送費　請求書

所属所文書受付印

共済事務担当者印
㊞

※

決定金額	円

フリガナ 組合員氏名	組合員証記号番号 公立鹿	所属所名	所属所コード

初診・初回施術日				療養者氏名						療養に要した費用
年号	年	月	日							円
				療養者生年月日・性別・続柄						※　決定金額
				年号	年	月	日	性別	続柄	
4										

保険医療機関 保険薬局 その他	療養期間 年　月　日から				年　月　日まで				診察日数 又は 施術回数	入院 外来 歯科 コード	※ 公費 負担 コード
	年号	年	月	日	年号	年	月	日			
	4				4						

傷病名		傷病の原因	
移送年月日	平成　年　月　日	入・転院する医療機関名及び所在地	
移送区間		移送の方法	
移送に関する特記事項	（移送承認年月日）平成　年　月　日		

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合鹿児島支部長　殿　　〒

平成　年　月　日　　住　所

請求者　氏　名　　㊞

連絡先（電話　　）

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　　〒

所属所所在地

職　名

所属所長　氏　名　　印

電話番号（　　）

1　コード　明治1　大正2　昭和3　平成4　　入院1　外来2　歯科3

2　※印欄は記入しないでください。

添付書類

移送承認書，領収書

注）事前に，移送承認申請書「整理番号３９」により共済組合の承認を受けること。