支給決定伺	支給決定金額	事務局長	課　長	主幹･係長	課　員	係
	￥　　円					
	自　　年　月　日 至　　年　月　日 　　日					

移送費・家族移送費請求書

組合員等記号番号		組合員氏名		所属機関名	
移送を受けた者の氏名		生年月日 性別・続柄	年　月　日	性別　男・女 続柄	
傷病名		傷病の原因			
発病又は負傷の年月日	年　月　日	移送の方法			
移送の経路	～	付添人があった場合 付添人の住所及び氏名	住所 氏名		
移送に要した費用	円	請求金額	円		

上記のとおり請求します。

佐賀県市町村職員共済組合理事長　様

年　月　日

請求者　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

所属所長　職名
氏名

1　この請求書を提出するときは、医師又は歯科医師の移送を必要と認めた書類（付添人があった場合は必要と認めた書類）を添えてください。
2　移送後病院又は診療所に入院した場合は、その期間並びに病院又は診療所の名称及び所在地等を記入した入院証明書等を添えてください。
3　移送の方法及び移送の経路を、詳しく記入した書類及び移送に要した費用の証拠書類を添えてください。
4　上記添付書類が日本語でないときは、翻訳文を添えてください。