

移送費請求書  
家族移送費

所属所文書受付印

共済事務担当者印

受付

〇〇.〇〇.〇〇

共済小学校

決定金額 ※ 円



フリガナ 組合員氏名 キョウサイ タロウ 共済 太郎	組合員証記号番号 公立鹿 234567	所属所名 鹿児島市立共済小学校	所属所コード 765432
移送を受けた者の氏名 共済 冬子		生年月日(和暦) 令和〇〇年 11月 13日	性別 続柄 女 三女
傷病名 急性虫垂炎	発病又は負傷の年月日 令和〇年 9月 6日	発病又は負傷の原因 急性虫垂炎のため	
移送の方法及び経路 チャーター便により、中甕港～串木野港まで			移送に要した費用 注2参照 35,000 円
移送年月日 令和〇年 9月 6日から 令和〇年 9月 12日まで			移送費の請求金額 35,000 円
付添があった場合			
付添人氏名		付添人住所	

移送に係る医師の意見

移送を必要と認めた理由(付添いがあった場合は、その付添いを必要と認めた理由も記載してください。)

小児の虫垂炎は進行が急速であるため、速やかに外科転科の上、治療及び経過観察が必要と判断された。移送先は鹿児島共済病院・救急外来。

移送の方法及び経路  
薩摩川内共済病院⇒中甕港：救急車 中甕港⇒串木野新港：チャーター船  
串木野新港⇒鹿児島共済病院

入院した場合	医療機関の名称 鹿児島共済病院
	医療機関の所在地 鹿児島市共済町5-5
入院期間	

上記に掲げる理由により、移送が  
令和〇年 9月

次のいずれの要件にも該当すると共済組合が認めたときに支給される。  
 1 移送の目的である療養が保険診療として適切であること。  
 2 療養の原因である病気やけがにより移動困難であること。  
 3 医師の指示による緊急その他やむを得ないこと。  
 (災害現場等から医療機関等へ緊急に搬送された場合・医師の指示により緊急に転院した場合など。)  
 詳細は共済のしおりを参照。

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

〒 890-8566

住所 鹿児島市共済町2-2

令和〇年 9月 20日

請求者  
(組合員)

氏名 共済 太郎

電話番号 ( 099 - 222 - 1111 )



上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

〒 890-8577

令和〇年 9月 20日

所属所所在地 鹿児島市共済町3-3

所属所長 職・氏名 校長 鹿児島 一郎

電話番号 ( 099 - 111 - 2222 )



注1 ※印欄は記入しないでください。

2 移送に要した費用の領収書を添付してください。