

共済組合 使用欄	決裁欄	課長	係長	係員	支給金額			
						千		円

移送費（家族移送費）請求書

組合員証 記号・番号	XXX - XXXXXXXX	組合員 氏名	共済 ○男		所属	共済 医療福祉	局・区 課
	移送を受けた者						
	氏名	共済 ○男	生年月日及び性別	昭・平XX年XX月XX日 (男・女)		組合員との 続柄	本人
	傷病名等	傷病名	脳梗塞		発病又は負傷年月日	H23年2月10日	
組合員記入欄	傷病原因	I <input type="checkbox"/> 公務上 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input checked="" type="checkbox"/> 業務外		II 第三者行為（交通事故や第三者の傷害） <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
		※ 公務上又は通勤途上の傷病は公務災害として健康保険対象外です。事前に、各区局の公務災害事務担当課に確認したうえ、該当しない場合、当該申請書での申請となります。		※ 第三者行為の傷病の場合、過失割合の状況により、健康保険ではなく、医療費を相手方が負担すべき場合があります。別途、第三者行為の届を提出してください。			
		傷病の原因及びその経過		急に頭が割れるように痛くなり倒れ、近くのA病院に緊急入院。その後、容体が急変し、緊急手術の必要が生じたが、A病院では設備的に対応が難しいため、B大学病院に移送され、手術となった			
移送に要した費用 (領収年月日 H23.2.12 〇〇,〇〇〇 円)	移送の方法及び経路 (移送の方法) ストレッチャーがそのまま使える〇〇福祉サービスの寝台車 (タクシー) で移動 (移送の経路) A病院→B大学病院 (具体的な経路を記載する)						
(付添い人がある場合) その付添い人の氏名・住所							
氏名	A病院医師 〇〇 △△		住所	横浜市〇〇区△△町1-1			
傷病名			発病又は負傷年月日	年 月 日			
移送年月日	平成 年 月 日		移送方法				
移送区間	から まで						
病院・診療所に入院した場合の入院期間			年 月 日入院 ~ 年 月 日退院 (予定)				
医師の意見欄	移送を必要とする理由	傷病経過及び処置内容					
		傷病の現状・この移送が緊急を要するかどうかの所見					
		転院の目的・転院先医療機関名・所在地					
		付添人を必要とする理由					
上記の理由で移送の必要を認めます。							
平成 年 月 日		医療機関名 _____ 所在地 _____ 主治医名 _____ (印) 電話番号 _____					
組合員記入欄	上記のとおり請求します。						
	横浜市職員共済組合理事長 様		住所 (〒〇〇〇 - 〇〇〇〇) 横浜市中央区港町1-1				
振込先	組合員名義の 振込先を記入	〇× 銀行	□△ 支店	普通	口座番号	9999999	
所属記載欄	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	所属所長 職名 _____ 氏名 _____ (印)					

(注1) 職員共済ガイド【6 本人・家族の病気やけが Ⅲ その他(1) 1 移送費】参照
(注2) 【傷病原因】欄：【公務上・通勤途上】【第三者行為】→職員共済ガイド【6 本人・家族の病気やけが(公務災害・第三者行為による傷病届)】参照