

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

移送費（家族移送費）請求書

組合員証 記入欄	組合員証 記号・番号	-			組合員 氏名	所属		局・区 課		
	移送を受けた者									
	氏名				生年月日及び性別	昭・平 年 月 日 (男・女)		組合員との 続柄		
	傷病名等	傷病名				発病又は負傷年月日	年 月 日			
傷病原因		I <input type="checkbox"/> 公務上 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input 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 type="checkbox"/> なし					
		<small>※ 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。</small>			<small>※ 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。</small>					
移送に要した費用 (領収年月日)		移送の方法及び経路							円	
(付添い人がいる場合) その付添い人の氏名・住所										
氏名				住所						
医師の 意見欄	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)					
	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 _____								
組合員証 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									
	平成 年 月 日		住所 (〒 -) _____							
		組合員 _____								
		氏名 _____ (印)								
振込先	組合員名義の 振込先を記入	銀行		支店	普通	口座番号				
担当共 済課組 記事務 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									
	共済組合事務担当課決裁欄			所属所長 職名 _____						
	課長	係長	係員	または 職務代決者 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