

共済組合	使用欄	決裁欄	課長	係長	係員	記入例	支給金額			

移送費（家族移送費）請求書

組合員記入欄	組合員記号・番号	100 - 1111111	組合員氏名	共済 組子	所属	〇〇 〇〇〇	局・区 課	
	移送を受けた者							
	氏名	共済 組子	生年月日	昭和 平成 令和	××年××月××日	組合員との続柄	本人	
	傷病名等	傷病名	全身打撲・骨折		発病又は負傷年月日	令和元 年 5 月 5 日		
		傷病原因	<input type="checkbox"/> 公務上 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input checked="" type="checkbox"/> 業務外		<input type="checkbox"/> 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 <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 ストレッチャーのまま乗車できる〇〇福祉サービスの寝台車（寝台タクシー）で移動。 （移送の経路）A診療所→B大学病院（具体的な経路を記載する）						
（付添い人がいる場合）その付添い人の氏名・住所 氏名 A診療所医師 〇山 〇男 住所 〇〇県××市〇〇村1000番地								

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	令和 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）		
	傷病経過及び処置内容			
移送を必要とする理由	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。 令和 年 月 日 医療機関名 _____ 所在地 _____ 主治医名 _____ 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 令和××年××月××日			
	住所	(〒××× -×××× ) 横浜市中央区〇〇〇1丁目1番地		
組合員氏名	共済 組子			
組合員名義の振込先金融機関名	〇〇 銀行	〇〇〇 支店	普通 口座番号	×××××××

担当共済課記載事務	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日			
	共済組合事務担当課決裁欄			所属機関の長 または 職務代決者
	課長	係長	係員	
<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 5px;">印</span> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 5px;">印</span> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 5px;">印</span>	総務課・人事課・職員課等の共済事務担当課で記入・決裁をお願いします。			