

共済組合 使用欄	決裁欄	課長	係長	係員	記入例	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	100 - 1111111	組合員 氏名	共済 組子	所属	〇〇 〇〇〇	同・区 課
---------------	---------------	-----------	-------	----	-----------	----------

組合員記入欄	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	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	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			
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 様 令和××年××月××日					
	住所	(〒××× - ××××)		横浜市中央区〇〇〇1丁目1番地		共済 Ⓜ
組合員 氏名	共済 組子					(自署のときは省略可)
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 記載事務欄	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			所属所長	職名	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。
	課長	係長	係員	または	氏名	
印	印	印	職務代決者	氏名		

(注1)職員共済ガイド【2本人・家族の病気やけが 第3-1 移送費（家族移送費）】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【2本人・家族の病気やけが 第5 交通事故等にあったとき】参照
(R4年10月版)