

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	-			組合員 氏名	所属	局・区 課	
	移送を受けた者						
	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	傷病名等	傷病名	発病又は負傷年月日		年	月	日
		傷病原因	<input type="checkbox"/> 公務上 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input 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 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					
(付添い人がある場合) 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	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)		
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。							
令和		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					
	令和	年	月	日	住所 (〒 -)	_____
	組合員		氏名 _____ 印			(自署のときは省略可)
組合員名義の 振込先金融機関名		銀行	支店	普通	口座番号	

担当共済課組合員記載事務	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			所属所長	職名	_____
	課長	係長	係員	または 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