

決裁欄	事務局次長	係長	係員	取得日 昭 認定日 平 令	喪失日 平 令
				給付額決定年月日	令和 年 月 日
種別		算式			支給額
移送費					円
家族移送費					

移送費・家族移送費請求書

組 合 員 証	組合員証	(記号) (番号)	(氏名)	男・女	
	所属所名称				
	被扶養者 <small>家族移送費申請時のみ記入</small>	(氏名)	男・女	昭・平・令 年 月 日生	
	傷病名等	(傷病名)	(発病または負傷日)		
		(原因)	平・令 年 月 日		
	付添がある場合は その付添人の 氏名及び住所	(氏名)			
		(住所)			
移送の経路及び方法	(経路)	移送に要した費用の額			
	(方法)	金 円			
入 欄	第三者の行為による傷病 であるときはその事実と 第三者の住所・氏名				
	上記のとおり移送費・家族移送費を申請します。	令和 年 月 日			
	組合員	住所	氏名		
		連絡先(電話番号)			
大阪市職員共済組合理事長 あて					
医 師 等 の 意 見 書 欄	傷病名	移送年月日	平・令 年 月 日		
	移送を必要と認める理由 <small>(付添がある場合は、その付添を必要と認める理由)</small>				
	病院又は診療所に入院した場合には、 その期間及び名称・所在地	平・令 年 月 日 入院 ~ 平・令 年 月 日 退院 (予定)			
	移送の経路及び方法	(経路)	(方法)		
書 欄	上記のとおり証明します。	医療機関所在地	令和 年 月 日		
		医療機関名称	職名		
		連絡先	氏名		
		医師			
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					
		所属機関の長 又は所属所長	氏名		

受付印

(注) 移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)を添付してください。