

決裁欄	事務局次長	係長	係員	取得日 昭 平 令 認定日	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 家族移送費					円

移送費・家族移送費請求書

組合員記入欄	組合員証	(記号) 1 -	(番号) 1234567	(氏名) 共済 太郎	男・女 <input checked="" type="radio"/> 男
	所属所名称	総務局			
	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) 〇〇病	(原因) 不明	(発病または負傷日) 平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	付添がある場合は その付添人の 氏名及び住所	(氏名)			
	移送の経路及び方法	(経路) 〇〇病院～△△病院	(方法) タクシー	移送に要した費用の額 金 〇, 〇〇〇 円	
	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				
医師等の意見書欄	傷病名	〇〇病	移送年月日	平・令〇〇年〇〇月〇〇日	
	移送を必要と 認める理由 (付添がある場合は、その 付添を必要と認める理由)	〇〇病の手術中に容態が急変し、当院では設備上対応が難しいため、対応が可能な△△病院へ緊急搬送する必要が生じたため			
書欄	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・令〇〇年〇〇月〇〇日 入院 ~ 平・令〇〇年〇〇月〇〇日 退院 (予定)			
	移送の経路及び方法	(経路) 〇〇病院～△△病院	(方法) タクシー		
上記のとおり証明します。		医療機関所在地 大阪市〇〇区〇〇町 〇-〇	連絡先 〇〇〇〇-〇〇〇〇	医師 〇〇 〇〇	
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	職名	氏名	
		所属機関の長 又は所属所長			

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。