

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	(記号)	(番号)	(氏名)
	組 合 員 証	—	
	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)	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)	
移 送 の 経 路 及 び 方 法	(住所)		
	(経路)	移送に要した費用の額	
	(方法)	金 _____ 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			
入 欄	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 (付添がある場合は、その 付添を必要と認める理由)		
	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	(名称)	
	(所在地)		
	(経路)		
	(方法)		
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日			
医療機関所在地 医療機関名称 連絡先 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 職 名 _____ 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。