様式第2号

決裁欄	事務局次長	係　長	係　員	取得日 昭 平 令 認定日	喪失日　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	(記号) 1 ー (番号) 1234567	(氏名) 共済　太郎
	所属所名称	○○局	
	被扶養者 ※家族移送費申請時のみ記入	(氏名)	昭・平・令　年　月　日生
	傷病名等	(傷病名) ○○病 (原因) 不明	(発病または負傷日) 平・令　○○年　○○月　○○日
		(第三者行為であるか否か) 該当 非該当	(第三者行為「該当」の場合、第三者の氏名及び住所) (氏名) (住所)
	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) □□病院～△△病院 (方法) タクシー	移送に要した費用の額 金　○，○○○　円

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　大阪市○○区○○　×ー×ー×

氏名　共済　太郎

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	○○病	移送年月日	令和○○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		
	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	令和○○年○○月○○日　入院　～　令和○○年○○月○○日　退院　(予定) (名称) 医療法人　△△病院 (所在地) 大阪市○○区○○町　○ー○		
	移送の経路及び方法	(経路) □□病院～△△病院 (方法) タクシー		

上記のとおり証明します。　令和　○○年　○○月　○○日

医療機関所在地　大阪市○○区○○町　○ー○

医療機関名称　医療法人　○○病院

連絡先　○○○○ー○○○○

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

所属所（市長部局にあっては総務事務センター）において証明しますので、記入する必要はありません。

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。
交通事故など、第三者の原因により、その傷病が発症した場合、別途、「損害賠償申告書・事故発生状況報告書」、「念書兼同意書」、さらに交通事故の場合「交通事故証明書」の提出が必要となります。