

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					円
家族移送費					

移送費・家族移送費請求書

組	組合員証	(記号) (番号)	(氏名)
		1 - 1234567	共済 太郎
合	所属所名称	〇〇局	
	被扶養者 ※家族移送費申請時のみ記入	(氏名)	昭・平・令 年 月 日
員	傷病名等	(傷病名)	(発病または負傷日)
		〇〇病 (原因) 不明	平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日
記	付添がある場合は その付添人の 氏名及び住所	(氏名)	
		(住所)	
入	移送の経路及び方法	(経路)	移送に要した費用の額
		〇〇病院～△△病院 (方法) タクシー	金 〇, 〇〇〇 円
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 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
医	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 ～緊急搬送する必要が生じたため	
師	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)	
		(名称) 医療法人 △△病院 (所在地) 大阪市〇〇区〇〇町 〇-〇	
等	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。	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
意	医療機関所在地	大阪市〇〇区〇〇町 〇-〇	
	医療機関名称	医療法人 〇〇病院	
見	連絡先	〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	医師	〇〇 〇〇	
書	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		
欄	所属機関の長 又は所属所長	職名	
		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。