

移送費等 請求書

神戸市職員共済組合

組合員 (請求者) が記入する ところ	組合員証の 記号・番号	記号 番号	所 属	電 話				
	移送を受けた 者の氏名	組合員(本人) ・ 組合員被扶養者(家族)		発病又は 負傷した日	平成 ・ 令和 年 月 日			
	傷病名等	傷病名						
		傷病の原因						
		交通事故・食中毒等、第三者による行為が原因となった傷病ですか				はい・いいえ		
		第三者行為が原因である場合は、 その者の住所・氏名		(住所)	(氏名)			
	移送年月日	平成・令和 年 月 日		移送の経路				
	移送に要した 費用の額	円						
	移送の方法							
		付添いがある場合は、その付添人の住所及び氏名		(住所)	(氏名)			
振込 口座	金 融 機 関 名		種 別	口 座 番 号 (右つめ)				
	銀行・農協 金庫・組合		普 通 <small>普通以外のときは下記 に記入してください</small> ()					
	フリガナ 名 義							
	※ ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名(漢数字3文字)・預金種目(普通又は貯蓄)・口座番号(数字7けた)を記入してください。 ※ 下記組合員の氏名と上記の名義が異なるときは、裏面の委任状が必要です。							
上記のとおり請求します。 神戸市職員共済組合理事長 宛			令和 年 月 日					
住所 組合員(請求者)の 氏名			(印)					
[自宅・携帯] 電話 () -								
※ 組合員・請求者が自ら署名する場合には、押印は不要です。(組合員・請求者以外の方の押印は省略できません。)								
				組合員の所属の 事務担当者 (保険事務取扱者) の 印				
				この内容を他に知られ たくないときは、上欄の 押印を省略できます。				

《提出にあたっての注意事項》

- 病气やけがで移動が困難な患者が、必要があって移送されたときに立て替えた交通費等について、次の3つの要件を満たしていると共済組合が判断したときに支給します。
[移送費の支給要件] ① 適切な保険診療を受けるためのものであること
② 移動を行うことが著しく困難であること
③ 緊急その他やむを得ないものであること
- 支給額については、最も経済的な通常の経路及び方法によって移送された場合の費用として共済組合が算定した額となっています。また、移送の際に医師等の付添いが必要な場合には、医学的管理が必要であったと医師が判断する場合に限って、原則として1人までの付添人の日当等の人件費を支給します。
- 裏面の医師等の意見書欄に記入・押印を受けるとともに移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)を添えて請求してください。

共済組合受付印	共 済 組 合 事 務 処 理 欄		
	事務局次長	医療給付係長	係
	伺		
	下記のとおり決定する。 令和 年 月 日		
	支給額		円
	内 訳		

		組合員証の 記号・番号	記号	番号		
傷病名		移送年月日	平成・令和	年	月	日
移送を必要と認める理由 ※付添いがある場合は、その付添いを必要と認める理由						
医師等の意見書欄	病院又は診療所に入院した場合には、その期間及び所在地・名称	(入院期間) 平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで (予定) (所在地) (名称)				
	移送の経路及び方法	(経路)				
		(方法)				
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関の所在地・名称 及び 医師の氏名・印		令和 年 月 日 (印)				
		連絡先電話番号 () —				

令和 年 月 日

委任状

私は _____ を代理人として定め、次の権限を委任する。
 表記請求の移送費又は家族移送費の受領に関すること

組合員の氏名 _____ (印)

住所 _____

代理人の氏名 _____ (印)

※ 上記の委任状は、組合員と受領者が異なるときに記入してください。(委任状の押印は省略できません。)