

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 記号・番号	記号 1	所属	〇〇局〇〇課	
		番号 123456		電話〇〇〇-〇〇〇〇	
	移送を受けた 者の氏名	共済太郎 昭和・平成・令和〇年〇月〇日生	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 〇年〇月〇日 令和	
	傷病名等	傷病名	急性硬膜下血腫		
		傷病の原因	高所からの落下		
		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		
	移送年月日	令和〇年〇月〇日	移送の経路	〇〇病院→〇〇救命医療センター	
	移送に要した 費用の額	20,000円			
	移送の方法	〇〇病院救急車			
	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)		
上記のとおり請求します。 令和〇年〇月〇日 神戸市職員共済組合理事長 宛 組合員(請求者)の 住所 神戸市〇区〇〇町〇丁目〇-〇 氏名 [自宅・携帯] 電話(〇90)〇〇〇〇-〇〇〇〇					

《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してもらった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。
- 給付金は共済組合に登録済みの組合員名義の口座に振り込みます。登録口座を変更したい場合は「給付金振込口座届」（様式 3-11）の手続きもおこなってください。
組合員名義以外の口座への振り込みを希望する場合は、「給付金受取に関する委任状」（様式 3-17）をあわせて提出してください。

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 記 号 ・ 番 号	記 号	番 号
医師等の意見書欄	傷 病 名	移送年月日	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			
	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) 令和 年 月 日 から 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				
		連絡先電話番号 () —		