移送費等 請求書

京都市職員共済組合

組合員が記入するところ

組合員の記号・番号	記号 ○○○ 番号 ××××××	所属	行財政局人事部厚生課 電話 075-222-××××
移送を受けた者の氏名	共済　花子 ○○年　○○月　○○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 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
傷病名等	傷病名	○○病	
	傷病の原因	不明	
	交通事故等、第三者による行為が原因となった傷病であるか	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	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	移送の経路	□□病院～△△病院
移送に要した費用の額	○○，○○○ 円		
移送の方法	タクシー		
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。　○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

（あて先）京都市職員共済組合理事長

組合員の住所 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町４８８番地

氏名 共済　太郎

事務取扱者

所属の庶務担当者の記名又は押印

《提出に当たっての注意事項》

1 病気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

2 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。

3 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

			組合員の記号・番号	記号　○○○　番号　××××××
医師等の意見書欄	傷病名	○○病	移送年月日	○○　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、その期間及び所在地・名称	（入院期間）　○○　年　○○　月　○○　日　から　○○　年　○○　年　○○　日　まで（予定） （所在地）　京都市○○区○○　○－○ （名　称）　○○病院		
	移送の経路及び方法	（経路）　○○病院～△△病院		
		（方法）　タクシー		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 ○○　年　○○　月　○○　日 医療機関の所在地・名称　京都市○○区○○　○○－○○ 及び　医師の氏名・印　○○　○○ 連絡先電話番号　（　075　）　○○○　－　○○○○			