

(給付様式第9-3号)

# 移送費 家族移送費 請求書

		※ 特例					※ 決定額					円	
組合員等 記号・番号	公立神奈川						組合員氏名						
所属コード							所属所 電話番号	-				-	
所属所名													
被移送者							続柄					性別	男・女
生年月日	年	月	日	発病又は負傷 の年月日				年	月	日			
傷病名							発病又は負傷 の原因						
移送に要 した費用							請求金額					円	
移送の方法 および経路													
付添いの有無	有・無	付添人 氏名				付添人 住所							
移送年月日	年 月 日から 年 月 日まで												
医 師 の 意 見 欄	移送を必要と認めた理由（付添いがあった場合は、その付添いを必要と認めた理由も記載してください。）												
	移送の方法及び経路												
	入院した 場合	医療機関の名所											
		医療機関の所在地											
		入院期間				年	月	日	から	年	月	日まで	
証明者 氏名 ⑤ 住所													
地方公務員共済組合法第58条の3の規定により、上記のとおり請求します。 公立学校共済組合神奈川支部長 様 年 月 日 請求者（署名）													

※印欄は記入しないでください。  
注) 移送に要した費用の額に関する証拠書類  
を添付してください。

<提出先・問合せ先>  
〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1  
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ  
電話 (045)210-8179

所属所文書受付印

共済組合文書受付印

# 移送費 家族移送費 請求書

	※特例		※決定額		円	
組合員等 記号・番号	公立神奈川	1 2 3 4 5 6	組合員氏名	神奈川 太郎		
所属コード	1 2 3 4		所属 電話番号	123 - 456 - 7890		
所属所名	神奈川県立〇〇高等学校					
被移送者	神奈川 花子		続柄	妻	性別 男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	
生年月日	〇 年 〇 月 〇 日	発病又は負傷 の年月日	〇 年 〇 月 〇 日			
傷病名	〇〇〇〇症		発病又は負傷 の原因	〇〇〇〇疾患		
移送に要 した費用	10,000円		請求金額	10,000円 円		
移送の方法 および経路	救急車による搬送の際の助産師の付き添い					
付添いの有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	付添人 氏名		付添人 住所		
移送年月日	〇 年 〇 月 〇 日から 〇 年 〇 月 〇 日まで					
医師の 意見欄	移送を必要と認めた理由 (付添いがあった場合は、その付添いを必要と認めた理由も記載してください。)					
	移送の方法及び経路					
	入院した 場合	医療機関の名所				
		医療機関の所在地				
入院期間	年 月 日から	月 日まで				
証明者		氏名			印	
		住所				
<p>地方公務員共済組合法第58条の3の規定により、上記のとおり請求します。</p> <p>公立学校共済組合神奈川支部長 様</p> <p>〇 年 〇 月 〇 日</p> <p>請求者 (署名) 神奈川 花子 </p>						

※印欄は記入しないでください。

注) 移送に要した費用の額に関する証拠書類を添付してください。

<提出先・問合せ先>  
 〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1  
 公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ  
 電話 (045)210-8179

所属所文書受付印

神奈川県立  
〇〇高等学校  
〇年〇月〇日  
收受印

共済組合文書受付印