

移送費請求書
家族移送費

決定額	
	円

組合員氏名	組合員証 記号番号	公立長崎第 号	所属所名			
移送を受けた者		生年月日	年	月	日	
傷病名	発病又は 負傷の 原因		発病又は 負傷の 年月日	年	月	日
移送に要 した費用	円	移送費の 請求金額		円		
移送の方 法及び 経路						
付添人が あった 場合	付添人の住所及び氏名					
給付金の 送金先	給付金等受取口座 ・ マイナポータル登録の公金受取口座 ^{※1} (給付金等受取口座と違う場合に限る)					

上記のとおり請求いたします。

公立学校共済組合長崎支部長 様

令和 年 月 日

住所

請求者

氏名

所 受 付	属 年	所 月	所 日

※1：マイナンバーカードを作成し、マイナポータルに登録した公金受取口座を指定する
場合、給付が通常スケジュールとは異なり遅れての送金となる可能性があります。
給付金の送金先に○がない場合は、事前に登録されている給付金等受取口座へ送金
いたします。