

移 送 費
家 族 移 送 費

請 求 書

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	性 別 男 ・ 女
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					
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>公立学校共済組合長崎支部長 様</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">請 求 者</p> <p style="text-align: right;">氏 名 (印)</p>						
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属所長 職 名</p> <p style="text-align: right;">氏 名 (印)</p> <p style="text-align: center;">[所属所電話番号 ()-()-()]</p>					所 属 所	受 付 年 月 日