

書面での提出の場合は押印してください。  
※メールでの提出の場合は不要です。

色付けされた欄に必要な事項を記入してください。(提出する書類には色を付けないでください。)



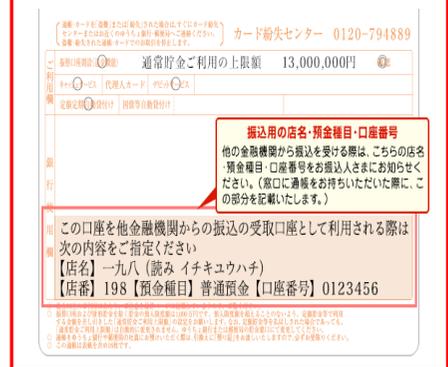
移送費  
家族移送費

請求書

受付年月日

組合員等 記号番号	0820-5678910100	組合員氏名	農林 太郎		所属局(部) 課名	〇〇局▲▲課	
移送を受けた 者の氏名	農林 太郎	生年月日	昭和 48 年 8 月 30 日生		性別及び続柄	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 女 続柄 本人	
移送の方法及び 経路	介護タクシーにより、△△医療センターから医療法人〇〇病院へ移送。			移送に要した 費用	9,000 円		
移送に関して付 添があった場合	付添人 氏名	付添人 の住所		付添人に係る 移送の費用	円		
医 師 の 証 明	移送を必要とする理由		付添があった場合は、付添人氏名・住所・付添人に係る移送の費用についても記入してください。また、付添人の移送の費用が発生した場合は、付き添いが必要であった理由も含めて医師から証明を受けてください。				
	傷病名	傷原					
	入院した場合の入院期間		令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで		
	令和 年 月 日		医師 住所		氏名 <input checked="" type="radio"/> 印		
上記のとおり請求します。							
農林水産省共済組合事務執行者 殿							
令和 3 年 1 月 5 日			請求者 住所 ●●県□□市 1-2-3 氏名 農林 太郎				

公金受取口座への振り込みを希望しない場合は、振込先口座欄にも記入をお願いします。  
ゆうちょ銀行の場合は、通帳下部の店名・口座番号を記載してください(通帳上部に記載の記号番号は口座番号ではありません)。



公金受取口座希望について、「する」「しない」に○がなく振込先口座が記入されている場合は通常の口座振込と判断します。

- 「医師の証明」欄は、医師に記入してもらって下さい。ただし、同様の内容が記載され
- 付添が必要であった場合は、「移送を必要とする理由」欄に付添が必要であった理由を
- ※印欄は記入しないで下さい。

振込先口座(職員名義の国内口座を記入) 公金受取口座希望 (する / しない)  
※公金受取口座への振り込みを希望する場合は、公金受取口座希望の「する」を選択し、振込先は記入不要です。

給付金振込先	〇〇	銀行	〇〇	本・支店
<input checked="" type="radio"/> 普通・当座	口座番号	1234567	フリガナ 名義人	ウリン 知ウ 農林 太郎