

⑤

傷病見舞金請求書

所属 所長印 属	長之印 小学校	送金指定銀行名
〇〇〇小学校	〇〇〇小学校	〇〇〇銀行
30年 5月 20日	30年 5月 20日	〇〇〇銀行
3年 4月 30日	3年 4月 30日	〇〇〇銀行
90,000 円	90,000 円	〇〇〇銀行
※	※	〇〇〇銀行

会員氏名	福利 太郎	所属所名	〇〇〇小学校	請求者名義
傷病名	肝機能障害	発病年月日	30年 5月 20日	四国銀行
共済組合の傷病手当金附加金の支給満了日		3年 4月 30日		請求者名義
請求期間	3年 5月 1日より 3年 5月 31日まで	請求金額	90,000 円	支店
共済組合 員証番号	公立高知 第 123456	掛金徴収照合済印	※	口座 番号 No
上記のとおり請求します。				
一般財団法人 高知県教職員互助会理事長 様				
令和 3 年 6 月 8 日				
7 8 0 0 0 2 3 ⑤				
住所 高知市〇〇町 121-2				
請求者 氏名 福利 太郎 福利⑤				
支払開始日 ※	前回支給日 ※	今回支給分 ※		
年 月 日	年 月 日	年 月 日		
決定金額 ※	支給率 ※		3,000 円 × 日	

- (1) 共済組合の傷病手当金支給満了後支給されますので1ヶ月単位として提出してください。
- (2) ※印は記入しないでください。
- (3) 支店名、口座番号は、会員以外の者が請求する場合のみ記入してください。