

傷病見舞金請求書

現職

(給料減額者用)

会員氏名	福利 太郎	所属所住所 所属所名 所属所コード	7 8 0 0 0 2 3 TEL() - 高知市〇〇町 〇〇小学校 所属所コード№
共済 組合員証番号	№ 123456	振込銀行名 請求者名義 の口座	四国銀行本 支店 口座№
病気又は負傷のために 給料が減額された期間	3年5月1日から3年5月31日 までの31日間		
病気又は負傷のために共済組合 から傷病手当金又は同附加金の 給付を受けた期間	年 月 日から 年 月 日 までの 日間		
請求回数	第 3 回目	前回の 請求期間	3年4月1日から3年4月30日 までの30日間(必ず記入のこと。)
※給付額	円× 日 円		
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 住所 高知市〇〇町 1-2 請求者 氏名 福利 太郎 (福利印)			
上記の記載事項は事実と相違ないものと認める。 令和 3年 6月 8日 所属所名 〇〇〇小学校 (長小印) 所属所長名 〇〇 〇〇 (職印)			

(1) ※印欄は記入不要です。

(2) 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。