

傷病見舞金請求書

(共済組合の傷病手当金・附加金の支給満了後の期間対象分)

会員氏名		共済組合員 等記号番号	公立高知						
発病(負傷) 年 月 日	平成 令和	年	月	日	所属所 住 所	〒			
傷病手当金 ・附加金の 支給満了日	平成 令和	年	月	日	所属所名				
請求期間 (給付対象とな る休職期間)	平成 令和	年	月分		請求金額				円
◎ 上記の請求期間につきましては、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所属所長 職名 又は 事務担当者 氏名 印 (必須)									
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 年 月 日 住 所 〒 <input type="text"/> 請求者 氏 名 〒 - -									
支給金額	※	円	請求期間が 1ヶ月未満	※	3,000円 ×				日

上記のとおり請求がありましたので提出します。

令和 年 月 日

職 名

所属所長

氏 名

注意事項

- (1) ※は記入しないでください。
- (2) ◎欄は必ず記入押印（所属所長の印は認印可）してください。
- (3) 請求書は1ヶ月単位で提出してください。（添付書類不要）
- (4) 請求期間は共済組合の傷病手当金・附加金の支給満了日の翌日から復職日の前日又は退職日までの期間を1ヶ月単位で記入してください。
- (5) 請求金額は請求期間が月の1日から月末までの場合は90,000円、請求期間の初日又は末日が月途中の場合は、請求期間の日数（土日祝日を含む）に3,000円を乗じた金額となります。
- (6) ◎欄、請求及び所属所長欄は請求期間末日の翌日以降の日付を記入してください。