

傷病見舞金請求書

《給料減額期間及び共済組合の傷病手当金・附加金の支給対象期間分》

会員氏名		共済組合員 等記号番号	公立高知							
所属所 住 所	〒		所属所名							
前回の請求期間	平成 令和	年	月	日	から	平成 令和	年	月	日まで	日間
① 今回の請求期間	傷病休職で給料が減額されている期間はここに記入									
	平成 令和	年	月	日	から	平成 令和	年	月	日まで	日間
② 今回の請求期間	①の期間満了後又は期間中から傷病手当金・附加金の支給対象となっている期間はここに記入									
	平成 令和	年	月	日	から	平成 令和	年	月	日まで	日間
◎ 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 TEL - -										
支給金額	※ 400 円 × 日 円									

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) 請求期間(土日祝日を含む)は1ヶ月以上をまとめてもかまいません。なお、請求書は今回の請求期間の末日の翌日以降に提出してください。（添付書類不要）
- (4) ◎欄、請求及び所属所長欄は今回の請求期間の末日の翌日以降の日付を記入してください。