

⑤

傷病見舞金請求書

所属
所長印

送金指定銀行名

会員氏名			所属所名		
傷病名			発病年月日		
共済組合の傷病手当金附加金の支給満了日			年 月 日		
請求期間	年 月 日 より 年 月 日 まで	請求金額	円		
共済組合 員証番号	公立高知	掛金徴収照合済印	※		
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>一般財団法人 高知県教職員互助会理事長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>請求者 住所 氏名 印</p>					
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	

四国銀行 請求者名義

支店
口座番号
No.

- (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。