

⑤

傷病見舞金請求書

所属	所長印	〇〇〇小学校	送金指定銀行名
所属	所長印	〇〇〇小学校	請求者名義
所属	所長印	〇〇〇小学校	支店
所属	所長印	〇〇〇小学校	口座番号
所属	所長印	〇〇〇小学校	No.

会員氏名	福利 太郎	所属所名	〇〇〇小学校
傷病名	肝機能障害	発病年月日	26年 3月 20日
共済組合の傷病手当金附加金の支給満了日		29年 3月 31日	
請求期間	29年 4月 1日より 29年 4月 30日まで	請求金額	90,000 円
共済組合員証番号	公立高知 第 123456	掛金徴収照合済印	※
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 29年 5月 7日 〒 780 0023 住所 高知市〇〇町 121-2 請求者 福利 太郎			
支払開始日	※	前回支給日	※
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。