様式互４号

傷病見舞金請求書

現　職

（給料減額者用）

会員氏名		所属所住所 所属所名 所属所コード	□□□ □□□□ TEL(　)　－ 所属所コード№
共済組合員証番号	№	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		年　月　日から　年　月　日までの＿＿＿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　回目	前回の請求期間	年　月　日から　年　月　日までの＿＿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

年　月　日

住　所

請求者

氏　名　㊞

上記の記載事項は事実と相違ないものと認める。

年　月　日

所属所名

所属所長名　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。