




傷病見舞金請求書

現職

(給料減額者用)

会員氏名	福利 太郎	所属所住所 所属所名 所属所コード	7 8 0 0 0 2 3	TEL() - 高知市〇〇町 〇〇小学校
共済 組合員証番号	No. 123456	振込銀行名 請求者名義 の口座	四国銀行本 口座No.	支店
病気又は負傷のために 給料が減額された期間	29年 4月 1日 から 30年 4月 30日 までの 30 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 3 回目	前回の 請求期間	29年 3月 1日 から 29年 3月 31日 までの 31 日間 (必ず記入のこと。)	
※給付額	円 × 日 円			
<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>29年 5月 7日</p> <p>住所 高知市〇〇町 1-2</p> <p>請求者 氏名 福利 太郎 </p>				
<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認める。</p> <p>29年 5月 7日</p> <p>所属所名 〇〇〇小学校 </p> <p>所属所長名 〇〇 〇〇 </p>				

(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。