

災 害 見 舞 金 請 求 書

沖縄県教職員互助会 理事長 殿

沖縄県教職員互助会給付規程に基づき災害見舞金を請求します。

請求金額			千			円
------	--	--	---	--	--	---

会 員	会員番号	氏名	フリガナ	印	(支部記入欄) 加入年月 年 月
	勤務先番号	勤務先			
記 入 欄	振込先(本人名義に限る) (点線を <input type="checkbox"/> で囲って下さい)		銀行 労金	支店	普通預金 口座番号
	住 所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号 <input type="text"/>		
	罹 災 年 月 日		年 月 日		
	罹 災 の 場 所				

上記のことについて相違ないことを証明します。

20 年 月 日

所属団体

所属所長

公印

上記のことについて副申します。

年 月 日

一般社団法人沖縄県教職員共済会理事長

公印

罹 災 区 分	損 害 額	給 付 決 定 額

決 済	年	月	日	支部受付
専務理事	事務局長	事務局次長	係	受付照査

沖縄教済加入
有・無

支 部 受 付

添付書類：罹災証明書、居住証明書又は本人の住民票抄（謄）本、損害額を証明する書類
日付はすべて西暦でご記入下さい。

お願い 訂正の場合は、必ず本人の印でお願いいたします。（修正液等は使用しないで下さい。）