

入院療養見舞金請求書

一般社団法人 沖縄県教職員共済会 理事長 殿

一般社団法人沖縄県教職員共済会給付規程に基づき入院療養見舞金を請求します。

請求金額		千		円
------	--	---	--	---

会 員 記 入 欄	会員番号	カガナ		印	(支部記入欄) 厚生会費加入年月	
		氏名			年 月	
	勤務先番号	勤務先				
	振 込 先 (本人名義に限る) (点線を で囲って下さい)		銀行 労金	支店	普通預金 口座番号	
	住 所		〒 - 	電話番号		
入 院 期 間		自 2 0 年 月 日	至 2 0 年 月 日	日 数	日	

上記のことについて相違ないことを証明します。

2 0 年 月 日

所属団体 _____

所属長 _____

公
印

上記のことについて副申します。

年 月 日

支 部 長 _____

決 裁					年 月 日		支 部 受 付	
理事長	専務理事	常務理事	部 長	係	事務局長	受付照査		

支 部 受 付

添付書類：入院期間を証明する医師の診断書又は領収書の写しのいずれか(コピー可)
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します。(修正液等は使用しないで下さい。)