

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 000 円

会 員 記 入 欄	会員番号	フリガナ			印
		氏名			
	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		普通預金 支店 口座番号	
	住所	〒 -		電話番号	
入院期間	自 20	年 月 日	日数	日	
	至 20	年 月 日			

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。)

決 裁					支 部 受 付	
常务理事	部 長	係	事務局長	受付照査	(支部記入欄) 厚生会費加入年月 年 月	
					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。