

# 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療養見舞金を請求します。

|                           |   |   |      |    |                 |
|---------------------------|---|---|------|----|-----------------|
| 会<br>員<br>記<br>入<br>欄     | 会員番号  | フリガナ  |      | 印  | (支部記入欄)<br>加入年月 |
|                           |   | 氏名  |      |    | 年 月             |
|                           | 勤務先番号   | 勤務先   |      |    | 年 月             |
|                           | 振込先<br>(本人名義に限る)<br>(点線を <input type="text"/> で囲って下さい)                                  | 銀行<br>券金                                      |      | 支店 | 普通預金<br>口座番号    |
|                           | 住 所   | 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> | 電話番号 |    |                 |
|                           | 療養のための休職期間  | 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日                           |      |    |                 |
| 診 療 科<br>(該当番号に 印をつけて下さい) | 1 内科    2 外・整形    3 皮膚    4 泌尿    5 産科・婦人科<br>6 眼    7 耳鼻・咽喉    8 神経・精神    9 その他 (    ) |   |      |    |                 |

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 \_\_\_\_\_

所属長 \_\_\_\_\_

公印

上記のことについて副申します。

年 月 日

支部長 \_\_\_\_\_

| 支 部 記 入 欄 |           |             |         |
|-----------|-----------|-------------|---------|
| 日 数       | 給 付 区 分   | 同 年 度 給 付 歴 | 給 付 額   |
| 日         | 30日 ~ 90日 | 無し          | 10,000円 |
|           | 91日 ~     | 有り(10,000円) | 20,000円 |
|           |           | 有り(20,000円) | 30,000円 |

支 部 受 付

| 決 裁 |      |      |     |   | 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 |
|     |      |      |     |   |         |      |

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。)

添付書類：休職(療養休暇)期間を証明する医師の診断書(コピー可)

日付はすべて西暦でご記入下さい。