

# 入院療養手当金請求書

※※※※ 太線の枠内だけご記入ください。  
 「入院証明書」等、入院期間が確認できる書類の写しを添えてください。  
 ※ 傷病のため休職になった期間は除きます。  
 ※ 個人情報については、本会の業務に限り使用いたします。

所属名	氏名	所属の互助会担当者確認印	㊟
所属コード	職員番号		
入院療養期間	平成 年 月 日 から		
	平成 年 月 日 まで ( 日間)		
傷病区分 (番号に○印)	1 公務災害      2 交通事故      3 一般疾病		
上記のとおり請求します。			
平成 年 月 日			
〒 電話番号			
住所			
氏名 ㊟			
<b>一般社団法人 宮崎県教職員互助会理事長 様</b>			
送金先	銀行 支店		フリガナ
	店番号	口座番号	名 義
		(普)	

※ 店番号は必ずご記入ください。  
 ※ 送金指定の金融機関への振込票を領収書にかえますので、ご了承ください。

事務局記入欄			
給付該当期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで ( 日間)		
給付金額 円			受付印
給付年月日 平成 年 月 日			係
			係