

# 傷病休職手当金請求書

※ ※ 太線の枠内だけご記入ください。  
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			
休 職 期 間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで				
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。

<b>事 務 局 記 入 欄</b>					
休 職 確 認 期 間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで				
給 付 該 当 期 間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで ( 月 日 )				
給 付 金 額 円				受 付 印	
				係	
給付年月日	平成	年	月	日	