

自宅療養手当金請求書

※※※※
 太線の枠内だけご記入ください。
 療養期間には年休・休日、傷病休暇を含みます。
 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		
自 宅 療 養 期 間 (会員が連続して30日以上自宅で 療養した期間)		平成 年 月 日 から	
		平成 年 月 日 まで (日間)	
上記のとおり請求します。			
平成 年 月 日			
〒 電話番号			
住 所			
氏 名			
㊟			
一般社団法人 宮崎県教職員互助会理事長 様			
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 (月 日)		
給 付 金 額 円			受 付 印
給付年月日 平成 年 月 日			係
			係