

## 入院療養手当金請求書

※ 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			
所属コード				職員番号			
入院療養期間 (傷病休職手当金の受給期間は除きます)	H	年	月	日	から		
	R	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		
添付書類・会員チェック欄	□領収書、入院証明書等 (写し可)						
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 電話番号</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 <span style="float: right;">⑩</span></p> <p style="text-align: center;">一般社団法人 宮崎県教職員互助会理事長 様</p>							
送金先	銀行		支店		名義	※カタカナで記入	
	店番号	口座番号					
		(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。なお、送金手数料の関係で、できるだけ「宮崎銀行」を指定いただきますようご協力をお願いします。

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