

## 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)	令和	年	月 日 から
	令和	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</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		担当