

傷病休職手当金請求書

※ 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		所属の互助会担当者確認印	⑩
所属コード		職員番号			
休職発令期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで				
添付書類・会員チェック欄	<input type="checkbox"/> 辞令の写し (初回請求時のみ)				
<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お願いします。

事務局記入欄					
休職確認期間	年 月 日 から 年 月 日まで				
給付該当期間	年 月 日 から 年 月 日まで (か月 日)				
給付金額 円				受付印	
			担当		
給付年月日	令和	年	月	日	