

長期療養者見舞金請求書

カード 番 号		共済 区分	組合員名前						給付 内容	※ 給付年月日							
			組合員証番号							年 号	年	月	日				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
2	2	3							A	4							
病気休暇期間			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日														
療養期間			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日														
病気休職期間			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日														
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">一般財団法人広島県教育職員互助組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所 属 名</p> <p style="text-align: center;">請求者 所属コード</p> <p style="text-align: center;">名 前 Ⓜ</p>																	
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所属長 職 名</p> <p style="text-align: center;">名 前 Ⓜ</p>																	

※ 給付年月日は記入しないでください。