様式給第５号

入院見舞金(本人)
休職(無給)見舞金　請 求 書

種別コード	0	2

一般財団法人　長崎県教職員互助組合理事長　様 下記のとおり請求します。　平成　　年　　月　　日	請求金額	円

所　属　名	所　属　番　号		印
氏　　名	組 合 員 番 号 0		

識別コード	3	0

入 院 見 舞 金(本人)

給付コード	0	5

	自					至						日 数		
入院期間 (請求期間)	平成	年		月		日	平成	年		月		日			日

病院名 及び 所在地		傷病名	

休 職 見 舞 金

給付コード	0	7

休　職 期　間 (請求期間)	自	平成	年		月		日	月 数		傷病名				
	至	平成	年		月		日		月					

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成　　年　　月　　日

所属長職氏名　　印