

入院見舞金(本人) 請求書

休職(無給)見舞金

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					請求金額	61,000 円
下記のとおり請求します。 平成 ○○年○○月○○日									
所属名	所属番号					○○市立○○小学校			印
	1	2	3	4	5				互助
氏名	組合員番号					互助 太郎			
	0	1	2	3	4				5

識別コード		3		0		入院見舞金(本人)					給付コード		0		5				
入院期間 (請求期間)	自					至					日数								
	平成	年	月	日	平成	年	月	日	日	日									
	○	○	0	7	2	6	○	○	0	9	0	5	4	2					
病院名 及び 所在地	○○○○病院					傷病名	肺炎												
	○○市○○町○○番地																		
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	肺炎											
	至	平成	年	月	日	月													
	○	○	0	8	1	0	2												
	○	○	0	9	3	0	2												
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										○○市立○○小学校長				長崎 正			公印		