

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		請求金額	円
所属名		所属番号			
氏名		組合員番号		印	
0		-			
下記のとおり請求します。 平成 年 月 日					

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
病院名 及び 所在地				傷病名				

識別コード 3:0		休職見舞金		給付コード 0:7		
休職期間 (請求期間)	自			月数		傷病名
	平成	年	月	日	月	
至	平成	年	月	日		

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