

指定難病等手当金請求書

※※※ 太線の枠内だけご記入ください。
※ 必要書類の写しを添えてください。
※ 個人情報類については、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			
入院期間 (傷病のため休職になった期間は除きます。)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで				
休職期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで				
上記のとおり請求します。					
平成 年 月 日					
〒 電話番号					
住所					
氏名					
⑩					
一般社団法人 宮崎県教職員互助会理事長 様					
送金先	銀行 支店		フリガナ		
	店番号	口座番号	名 義		
	(普)				

※ 店番号は必ずご記入ください。
 ※ 送金指定の金融機関への振込票を領収書にかえますので、ご了承ください。

事務局記入欄					
入院	入院期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで (日)			
休職	給付該当期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで (か月 日)			
給付金額 ￥					受付印
					係
					給付年月日