

## 入院療養手当金請求書

※ 個人情報については、本会の業務に限り使用いたします。

|  |                   |      |        |      |          |          |  |
|--|-------------------|------|--------|------|----------|----------|--|
| 所属名  |                   |      |        | 氏名   |          |          |  |
| 所属コード  |                   |      |        | 職員番号 |          |          |  |
| 入院療養期間<br>(傷病休職手当金の受給期間は除きます)  | H                 | 年    | 月      | 日    | から       |          |  |
|  | R                 | 年    | 月      | 日    | まで ( 日間) |          |  |
| 傷病区分 (番号に✓印)   | 1 公務災害            |      | 2 交通事故 |      | 3 一般疾病   |          |  |
| 添付書類・会員チェック欄   | □領収書、入院証明書等 (写し可) |      |        |      |          |          |  |
| <p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 電話番号</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 <span style="float: right;">⑩</span></p> <p style="text-align: center;">一般社団法人 宮崎県教職員互助会理事長 様</p> |                   |      |        |      |          |          |  |
| 送金先  | 銀行                |      | 支店     |      | 名義       | ※カタカナで記入 |  |
|  | 店番号               | 口座番号 |        |      |          |          |  |
|  | (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。なお、送金手数料の関係で、できるだけ「宮崎銀行」を指定いただきますようご協力をお願いします。

| 事務局記入欄         |          |  |  |               |  |     |  |
|----------------|----------|--|--|---------------|--|-----|--|
| 給付該当期間         | 年 月 日 から |  |  | 年 月 日まで ( 日間) |  |     |  |
| 給付金額 円         |          |  |  |               |  | 受付印 |  |
| 給付年月日 令和 年 月 日 |          |  |  |               |  | 係   |  |
|                |          |  |  |               |  |     |  |