

○会員が疾病又は負傷により傷病休職となり、「傷病手当金」などの所得補填のための補償がないとき

様式8

傷病休職手当金請求書

所属の互助会担当者に確認の押印をもらってください。↓

※ 個人情報については、本会の業務に限り使用いたします。

①	所属名	橘中学校	氏名	宮崎夏海	所属の互助会担当者確認印		
	所属コード	14000	職員番号	000001			
②	休職発令期間	令和7年9月15日から令和8年3月14日まで					
	添付書類・会員チェック欄	<input checked="" type="checkbox"/> 辞令の写し (初回請求時のみ)					
③	上記のとおり請求します。						
	令和 7年 9月 15日						
	〒880-0801 電話番号 0985-00-0000						
	住所 宮崎市老松1丁目2番2号						
④	氏名 宮 崎 夏 海						
	一般社団法人 宮崎県教職員互助会理事長 様						
	送金先	宮崎 銀行 ○○ 支店		名義 ※カタカナで記入	ミヤザキナツミ		
		店番号	口座番号				
	000	(普) 000007					

- ① 所属名／所属コード・氏名／職員番号を記入してください。(※ゴム印可)
- ② 休職発令期間を記入し、「辞令」の写しを添えてください。
- ③ 休職期間中の連絡先を記入してください。
- ④ 会員本人名義の送金口座を記入してください。