

○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

※ 個人情報については、本会の業務に限り使用いたします。

所属の互助会担当者に確認の押印をもらってください。↓

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	1 4 0 0 0	職 員 番 号	0 0 0 0 0 1		
②	休 職 発 令 期 間	令和 ○ 年 9 月 15 日 から 令和 ○ 年 3 月 14 日 まで				
	添付書類・会員チェック欄	☒ 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 ○ 年 3 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)	0000007			

- 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。