

傷病手当金（療養）請求書

(一財) 兵庫県学校厚生会理事長 様

記入日 20 年 月 日

下記のとおり請求します。

所 属 所 名		給 付 額	
		※ 円	
会 員 番 号	会 員 又 は 請 求 者 名 (フ リ ガ ナ)		会 員 生 年 月 日
	続 柄		
	(自 署)	()	年 月 日
会 員 連 絡 先 電 話 番 号		() -	
病気休暇期間	年 月 日 ~ 年 月 日	共済組合 傷病手当金 附加金 受給終了日	年 月 日まで
今回請求期間 (無給)	年 月 日 ~ 年 月 日		※マスタ確認
異動事項	復職・退職 (年 月 日)	請求金額	円
上記の記載事項は事実に相違ないことを認めます。			
年 月 日			
所 属 所 名		※ 受 付 印	
所 属 所 長 名		印	
厚 生 会 係 名			
電 話 番 号 () -			

- 1 「会員又は請求者名（フリガナ）」の欄には、名前を自署することとし、諸事情により自署が難しい場合は、名前を記載し押印してください。
- 2 ※欄は記入しないでください。

※ 厚 生 会 記 入 欄	前回請求		年 月 日		※病休期間・附加金受給終了日		前回確認済		
	開 始 年 月 日		終 了 年 月 日		日 数		給 付 額		
							月	日	円
							月	日	円
						月	日	円	

※ 精 査	※ 審 査	※ 資 格 審 査
-------	-------	-----------