

傷病見舞金請求書

団体名	教職互助	所属所コード		所属所名	
		会員番号		会員氏名	
発 生 年 月 日	年 月 日		退 職 年 月 日	令和 年 月 日	
治 癒 年 月 日	年 月 日		傷 病 発 生 の 区 分	疾 病 ・ 事 故 ・ そ の 他	
傷 病 の 程 度					
発 生 場 所					
請 求 金 額	円		決 定 金 額	円	
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="margin-left: 40px;">一般財団法人石川県教職員互助会理事長 様</p> <p style="margin-left: 40px;">令和 年 月 日</p> <p style="margin-left: 100px;">所属所名</p> <p style="margin-left: 100px;">自宅住所</p> <p style="margin-left: 80px;">請求者 職名</p> <p style="margin-left: 100px;">氏名 ㊟</p>					
<p>上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p style="margin-left: 40px;">令和 年 月 日</p> <p style="margin-left: 100px;">所属所名</p> <p style="margin-left: 80px;">所属所長 職氏名 印</p>					<p>所属所受付印</p>

※ 氏名を自署する場合は押印不要

※ 医師の診断書を添付すること。