療養見舞金請求書

一般社団法人 沖縄県教職員共済会理事長 殿

一般社団法人沖縄県教職員共済会給付規程に基づき療養見舞金を請求します。

	会員番号	フリカ・ナ								
		氏 名								ED
	勤務先番号	<u></u> 董力								
会		勤 務 先								
	振 込	先		銀	行)		士庄	普通預金	<u>}</u>	
員	(本人名義に限 (点線を で囲って囲った)	える) って下さい)		労	金)		支店	口座番号		
記			₹	-		電話番号				
	住	所								
入	療養のための	休 聡 邯 閏	2 0	————— 年	 月	日 ~	2 0	————— 年	——— 月	
	原食のための		2 0		/3	Н				— н
欄	診療	科	1 内科	2 外・整	形 3	皮膚	4	泌尿 5	産科·	婦人科
	(該当番号に 印をつ	けて下さい)	6 眼	7 耳鼻・	咽喉 8	神経・精	神 9	その他()

		支	部 記	入 欄	
日	数	給 付 区 分	同年度給付歴	給 付額	加入年月
		30日 ~ 90日	無し	10,000円	
		91日 ~	有り(10,000円)	20,000円	年月
	日		有り(20,000円)	30,000円	

	決	支 部 受 付			
常務理事	部	長	係	事務局長	受付照査

部 受 支 付

添付書類:休職(療養休暇)期間を証明する医師の診断書と出勤簿等 (コピー可)

日付はすべて西暦でご記入下さい。