

療養補助金請求書

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退職互助部規程に基づき療養補助金を請求します。

| | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|---|---|---|
| 請求金額 | | | | | 0 | 0 | 円 |
|------|--|--|--|--|---|---|---|

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------|---------|-----------------|---------|--------|------------|------------|--------|----------|----------|-----------|---|---|
| 会 員 記 入 欄 | 会員番号 | カガナ | | | | | | | | | 印 | | | |
| | | 氏名 | | | | | | | | | | | | |
| | 勤務先番号 | 勤務先 | | | | | | | | | | | | |
| | 振込先 <small>(本人名義に限る) (点線を <input style="width: 20px; border: 1px solid black; border-radius: 50%;"/> で囲って下さい)</small> | 銀行 労金 | | 普通預金 支店 口座番号 | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 - | | 電話番号 | | | | | | | | | | |
| | 退職期間 <small>(病気休暇)</small> | 自 | 20 | 年 | 月 | 日 | 日数 | | 日 | 至 | 20 | 年 | 月 | 日 |
| 診療科別 <small>(該当番号に 印をつけて下さい)</small> | 1 内科 | 2 外・整形 | 3 皮膚 | 4 泌尿 | 5 婦人 | 6 眼 | 7 耳鼻・咽喉 | 8 神経・精神 | 9 歯 | 10 調剤 | 11 整骨 | 12 その他 | | |

お願い 訂正の場合は、必ず本人の印でお願いします。(修正液等不使用下さい。)

| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">決 裁</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">支 部 受 付</th> </tr> <tr> <td style="width: 10%;">常務理事</td> <td style="width: 10%;">部 長</td> <td style="width: 10%;">係</td> <td style="width: 10%;">事務局長</td> <td style="width: 10%;">受付照査</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | 決 裁 | | | 支 部 受 付 | | 常務理事 | 部 長 | 係 | 事務局長 | 受付照査 | | | | | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">(支部記入欄) 加入年月</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">年 月</td> </tr> </table> | (支部記入欄) 加入年月 | 年 月 | 支 部 受 付 |
|--|-----|---|---------|---------|--|------|-----|---|------|------|--|--|--|--|--|--|-----------------|-----|---------|
| 決 裁 | | | 支 部 受 付 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 常務理事 | 部 長 | 係 | 事務局長 | 受付照査 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (支部記入欄) 加入年月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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。