

# 傷病見舞金請求書

令和 年 月 日

一般財団法人 山口県教職員互助会理事長 様

会員(請求者)氏名

下記のとおり請求します。

記

決定金額	※	円	給付日数	※	日
所属コード		所属名			
職員番号		氏名			
傷病のため勤務に服しなかった期間	自	令和 年 月 日 ( )	通算	日	復職・休職中 (該当を○で囲む。)
	至	令和 年 月 日 ( )			
給付区分 (該当を○で囲む。)	現職・退職	(退職の場合、住所を記入のこと) 〒			

医師の証明	氏名		受診期間	自	年	月	日	(日)
	傷病名			至	年	月	日	
	経過状況	治ゆ、継続、入院中、自宅加療中、死亡 (該当を○で囲む。)						
	上記のとおり証明する。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名 医師名 <span style="float:right">印</span>							

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所在地  
所属名  
所属長職氏名  
(電話 - - )

## 【 注意事項 】

- (1) ※印の欄は記入しないこと。
- (2) 傷病のため勤務に服しなかった期間は、始期、終期ともに土日を除く。
- (3) 医師の証明は、医師の診断書の写しに代えることができる。