

# 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	復職・休職中 (該当を○で囲む。)	
	至	令和 年 月 日 ( )	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
	傷病名			至	年 月 日 (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				

## 【 注意事項 】

- ※印の欄は記入しないこと。
- この請求書を提出するときは、「出勤簿(写)」を添付すること。
- 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。
- 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。
- 届出口座を変更した場合は、必ず、共済組合山口支部に「受取金融機関変更申出書」を提出のこと。口座解約や名義相違等により再振込となった際、手数料をご負担いただく場合があります。