

病 気 見 舞 金 請 求 書

令和 年 月 日

一般財団法人 新潟県教職員厚生財団理事長 様

氏 名 所 属 所	氏 名	<input type="text"/>	所 属 所	<input type="text"/>
	職員コード	<input type="text"/>	所属コード	<input type="text"/>
新潟市の職員は8桁の番号を記入				
病 傷 名			病院または 診療所名	
療 養 期 間	①	令和 年 月 日～令和 年 月 日まで	日間	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅療養
	②	令和 年 月 日～令和 年 月 日まで	日間	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅療養
	③	令和 年 月 日～令和 年 月 日まで	日間	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅療養
	④	令和 年 月 日～令和 年 月 日まで	日間	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅療養
受 取 金 融 機 関	銀行・信金・信組 労金・農協		フリガナ	
	支店 支店番号 ()		口座名義人	
請 求 者	上記のとおり請求します。			印
	署 名			
添 付 書 類	いずれか1通 入院の場合 <input type="checkbox"/> 診断書(写し) <input type="checkbox"/> 退院証明書(写し) <input type="checkbox"/> 診療費請求書(写し) 自宅療養の場合 <input type="checkbox"/> 診断書(写し) <input type="checkbox"/> 出勤簿(写し)			
備 考	1 請求期限は事由発生後3年以内です。 2 在団期間が6か月を超えない者に対する贈与金額は半額です。			

財 団 処 理 欄

番 号	送金年月日	種類	枝 番	贈 与 額
		04		円

受 付 印

理事長	理 事	事務長	係	点 検	入 力

