

継続団員病気見舞金請求書

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

住 所	〒 _____ ☎ () - _____		
	電 話 番 号 _____		
氏 名		個人コード	
傷 病 名			
入 院 期 間	令和 年 月 日から 日間		
	令和 年 月 日まで		
受 取 金 融 機 関	銀行・信金・信組 労金・農協	フリガナ 口座名義人	
	支店 支店番号 ()	口座番号	
請 求 者	上記のとおり請求します。 署 名		 印
添 付 書 類	いずれか1通 <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)		
備 考	入院が10日以上の場合に限ります。(1年間2回を限度とする。)		

財 団 処 理 欄

番 号	送金年月日	種 類	枝 番	贈 与 額
		04		円

理事長	理 事	事務長	係	点 検	入 力

受 付 印

