

病 気 見 舞 金 請 求 書

平成 年 月 日

財団法人 新潟県教職員厚生財団理事長 様

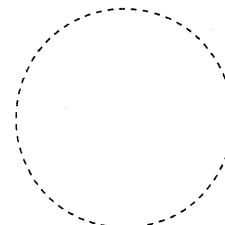
氏 名 所 属 所	氏 名	<input type="text"/>	所 属 所	<input type="text"/>
	職員コード	<input type="text"/>	所属コード	<input type="text"/>
病 傷 名			病院または 診療所名	
療 養 期 間	①平成 年 月 日～平成 年 月 日まで	日間	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 自宅療養
	②平成 年 月 日～平成 年 月 日まで	日間	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 自宅療養
	③平成 年 月 日～平成 年 月 日まで	日間	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 自宅療養
	④平成 年 月 日～平成 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	署 名	<input type="text"/>		
証 明	上記のとおり相違ないことを証明します。		<input type="text"/>	
	所属所名	<input type="text"/>		
	所属所長氏名	<input type="text"/>		

- (備 考)
1. 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。
 2. 必要に応じて医師の診断書または出勤簿の写し等の提出を求めることがあります。

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	事務長	部 長	係	点 検	照 合