


# 継続団員病気見舞金請求書 (診断書等添付)

平成 年 月 日

財団法人 新潟県教職員厚生財団理事長 殿

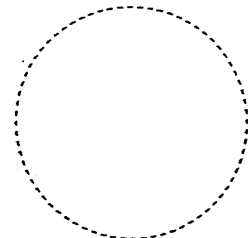
住 所 電 話 番 号	〒 _____ ☎ ( ) _____				
氏 名			個人コード		
病 傷 名					
入 院 期 間	平成	年	月	日から	日間
	平成	年	月	日まで	
受 取 金 融 機 関	銀行・信金・信組 労金・農協		フリガナ		
			口座名義人		
	支店	支店番号	口座番号		
	( )				
請 求 者	署 名				 印

- (備 考)
1. 入院が10日以上の場合に限ります。(1年間に2回を限度とする。)
  2. 医師の診断書等は、病傷名、療養場所、入院期間が明記されていることが必要です。  
診断書等は、コピーでも結構です。

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	事務長	部 長	係	点 検	照 合