

療 養 見 舞 金 請 求 書

決定額	※	円
-----	---	---

会 員 番 号 (共済組合員番号)		所 属 所 番 号	
会 員 氏 名		所 属 所 名	
請 求 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	既 請 求 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
休 職 発 令 日 年 月 日	年 月 日	請 求 金 額	円
復 職 ・ 退 職 (該当を○で囲む) 年 月 日	年 月 日	備 考	

上記のとおり請求します。

年 月 日

一般財団法人愛媛県教職員互助会理事長 様

郵便番号 (ー)
請求者 住 所
フリ ガナ
氏 名

注 1 休職発令辞令書の写しを添えてください。
 2 休職期間中の始期及び終期が月の途中であるときは、日額計算をします。
 3 ※印欄は、記入しないでください。