

(14-様式第8号)

共済組合と同時請求 添付書類確認済 年 月 日	所 属 名	県 市 職 B I T	名 前	項 目 番 号	給 付 金 額 (互助会記入欄)
	所 属 コ ー ド		職 員 番 号		
				2 0 3 1	円

事務局長	主 幹	主 査	主 事	会 計	係
審査の結果上記のとおり補助金額を決定する。					
平成 年 月 日					

療養補助金給付請求書					
請求金額	円		請求月	平成	年 月分
休職期間	平成	年 月 日から	給与・手当 支給状況	給 与 (80%・0%)	
	平成	年 月 日まで		共済組合傷病手当金 (あり・なし)	
				共済組合傷病手当金附加金 (あり・なし)	
				(いずれかに をすること)	
上記のとおり請求します。					互助会受付印
平成 年 月 日					
所 属 名					
職・名 前					印
一般財団法人三重県公立学校職員互助会理事長 様					整理番号
所属長の証明	上記のとおり相違ないことを証明します。				
	平成 年 月 日				
	所 属 名				
所 属 長					職印
職・名前					

(注意事項)

- (1) 太線内を記入してください。
- (2) 会員が、病気やケガで長期療養のため、減給又は無給の休職者になった場合に期間中は毎月請求してください。
- (3) 人事異動通知書の交付毎にその写しを必ず添付してください。
- (4) 「県市職BIT」欄には、県職員は「0」、市町職員は「1」を記入してください。
- (5) 互助会に登録の振込口座に送金されます。