

傷病手当金請求書

給付コード								
1	病休 6月経過	0	0	6	0	-	0	0
2	病休90日経過	0	0	6	0	-	0	1

区分
H

一般財団法人 大阪府教職員互助組合理事長様

太枠のみご記入ください。

会員番号		所属名	〒 (- -)
フリガナ			
氏名			
住所	〒	-	〒 (- -)

下記のとおり請求します。

請求額	¥	給付決定額	¥												
月分	年	月	日から	年	月	日	日額()×日数()								
医師の証明	傷病名						給付年月		1	2	3	4	5	6	7
									8	9	10	11	12	13	14
							年 月		15	16	17	18	19	20	21
									22	23	24	25	26	27	28
									29	30	31				
	医療機関所在地														
	名称						医師氏名						(印)		

振込先	銀行名		支店名		普通	口座番号	
	フリガナ						
	口座名義人 (請求者本人)						

担当者	資格	受	付

- 〈注意〉
- 1) 暦月を単位として、請求してください。
 - 2) 裏面に所属長の証明を受けてください。

※ ご記入いただきました個人情報は、当該事業の適正な運営に必要な業務にのみ利用いたします。

給付は、受給事由が発生した日から3年以内に請求があった場合に限って、これを行うことができます。

病欠、休職期間等証明書

一般財団法人 大阪府教職員互助組合 理事長様

地方公務員法第28条第2項第1号による休職者

氏名

給料表

級

号給

区分	給料	期 間						
病欠期間	10割支給	年	月	日	～	年	月	日
病欠期間	5割支給	年	月	日	～	年	月	日
休職期間	8割支給	年	月	日	～	年	月	日
休職期間	無給	年	月	日	～	年	月	日

上記の事項は事実と相違ないことを証明します。

年 月 日

所属長（職、氏名）

公
印