

療養見舞金請求書

決定額

※

円

会員番号 (共済組合員証番号)	1 2 3 4 5 6 7	所属所番号	8 0 0 0 1
会員氏名	互助 太郎	所属所名	媛互小学校
請求期間	R3年 9月 19日から R3年 9月 30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	R3年 9月 19日	請求金額	4,000円
復職・退職 (該当を○で囲む) 年 月 日	年 月 日	考	

休職期間の始期、終期が月の途中である場合、日割計算となります。

【日割計算方法】
日割請求額 = 10,000円 × その月の休職日数 ÷ その月の日数
(小数点以下は切り捨て)

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 (79△-△△△△)

請求者 住 所 松山市○○町○丁目○番地

フリ ガナ ゴジョ タロウ
氏 名 互助 太郎

- 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。