

傷病見舞金請求書

請求金額

一金

10,000

円也

加入者番号

法人番号（ ）事業所番号（ ）  
加入者番号

加入年月日

年

月

日

職氏名

病名

病院名

経過

事業主の

3週間以上勤務を休んで療養したことを証明する。

(〒 )

施設又は団体等の

証明 印

住所  
事業主名

印

上の理由により傷病見舞金を請求します。

年 月 日

(〒 )

住所

氏名

印

・ 銀行 支店 普 口座番号

ふりがな  
本人名義

※ふりがなは必ずして下さい。