

共済会 療養見舞金請求書

※(認定給付金額)

円

※欄は記入しないでください

所属支部	支部	共済番号	※ 第 号
会員氏名		生年月日	年 月 日
美容室名		TEL	
美容室住所	〒		
給付金 振込先 (R6.4月より 振込となります)	銀行・信金		本店・支店
	ゆうちょ銀行の場合	店名	店番
	普通・当座	口座番号	
	口座名義人(カタカナで記入してください)		
療養原因			
医師の指示による 療養期間	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	療養 日 数	日間
添付書類	当組合所定の就業不能証明書(事務的証明書)		

上記のとおり相違ないことを証明します

年 月 日

三重県美容組合

支部

支部長

※本請求書は必ず所属支部長を経由して提出してください