傷病見舞金支給決議書

伺年月日	平成　年　月　日	常務理事	事務長	課長	係長	担当
支払年月日	平成　年　月　日					
支払金額	円	資格取得	平成 昭和　年　月　日			
		資格喪失	平成　年　月　日			

35

傷病見舞金請求書

事業所番号		(フリガナ) 加入員氏名 (請求者)	㊞
加入員番号			
(フリガナ) 加入員住所 (請求者)	〒 □□□-□□□□　☎　(　　)		
傷病名		発病・負傷の年月日	平成　年　月　日　治療・加療中

休養期間	自　平成　年　月　日 至　平成　年　月　日	日間	※支給区分 1
上記休養のうち入院期間	自　平成　年　月　日 至　平成　年　月　日	日間	1・2・3 4・5・6

事業主証明欄

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成　年　月　日

所在地

事業所名

代表者名　　㊞

委任欄

委任状

傷病見舞金の受領を下記の者に委任します。

（受任者）住所

氏名　　㊞

（委任・請求者）住所

氏名　　㊞

平成　年　月　日

外食産業ジェフ厚生年金基金理事長　殿

振込先

金融機関・店コード	銀行・信組 信金・農協	支店	受付日印
□□□□－□□□			
預金種別	普通・当座	口座番号	□□□□□□□
(フリガナ) 名義			

① 必要事項を記入等のうえ、事業主を通じて請求して下さい。
② 請求者の捺印は本人が署名したときに限り省略できます。委任の捺印は省略できません。
③ 上段の支給決議書及び※支給区分欄は記入しないで下さい。
④ 入院した場合に、退院又は入院の期間が一八〇日を超えたときに一括請求して下さい。
⑤ 入院期間六〇日以上のときは、傷病手当金請求書の写又は入院期間の確認できる医師の証明書の写を添付して下さい。