傷病見舞金支給決議書

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

傷病見舞金請求書

①必要事項を記入等のうえ事業主を通じて請求してください。
②入院期間六〇日以上のときは、傷病手当金請求書の写また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。
③入院した場合は、退院した時または入院期間が一八〇日を超えた時に一括請求してください。　④委任払いで受任をできるのは事業主に限ります。

加入者				
事業所番号		(フリガナ) 加入者 氏名 (請求者)	(旧姓　　)昭・平　年　月　日生	
加入者番号				
(フリガナ) 加入者 住所 (請求者)	〒□□□－□□□□　☎　(　　)			
傷病名		発症・負傷の年月日	年　月　日	治療・加療中
休養期間	自　年　月　日 至　年　月　日	日間	※支給区分 1	
上記休養のうち入院期間	自　年　月　日 至　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。

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

年　月　日

外食産業ジェフ企業年金基金理事長　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) 口座名義				