

| 傷病見舞金申請書兼受領書   |                                |       |      |  |     |  |
|----------------|--------------------------------|-------|------|--|-----|--|
| 金 額            | 円                              | 決裁    | 書記長  |  |     |  |
|                |                                |       |      |  |     |  |
| 組合員氏名          |                                |       | 所属課名 |  |     |  |
|                |                                |       | 職員番号 |  |     |  |
| 勤務をしな<br>かった期間 | 年    月    日から<br>年    月    日まで |       | 傷病名  |  |     |  |
| 申請日            | 年    月    日                    | 申請者氏名 |      |  |     |  |
| 受領日            | 年    月    日                    | 受領者氏名 |      |  | 受領印 |  |
| Eメール<br>アドレス   | @city.urayasu.lg.jp            |       |      |  |     |  |

\* 傷病見舞金の申請及び受領は、組合員本人又は職場委員が行ってください。

\* 証明できるもののコピーを添付して下さい。