

傷病手当金申立書

傷病の療養のため、勤務できなかつた期間

____年 ____月 ____日から ____年 ____月 ____日まで

_____は、上記の期間について、傷病の療養のため勤務できなかつたことを申し立てます。

上記の期間中の傷病の状態（症状）および療養の状況について

滋賀県市町村職員共済組合理事長 殿

____年 ____月 ____日

申立者（元組合員）

氏名 _____ 印
（本人との続柄 _____）