傷病見舞金申請・証明書

職員番号								

申請日	年　　月　　日

フリガナ	
組合員氏名	印

申 請 ・証 明 内 容	
傷病名	
入院･療養期間	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで
	日間

上記の事由について証明します。

証明日　　年　　月　　日

分会名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

分会長 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

都庁職衛生局支部長　殿