

起案	・	・	課長	副課長	主幹	副主幹	係
決裁	・	・					
施行	・	・					

## 傷病手当金支給状況証明願

記号		番号				所属所名		
組合員氏名								
証明内容	傷病手当金の支給（見込）額							
証明を要する期間			年	月	日から	年	月	日まで
使用目的								

上記のとおり証明くださるようお願いいたします。

令和      年      月      日

兵庫県市町村職員共済組合理事長      様

組合員氏名 \_\_\_\_\_