

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 \_\_\_\_\_