

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	7	5	1	番号		1	2	3	所属所名	〇〇市
組合員氏名	共済 花子									
証明内容	傷病手当金の支給済み及び見込み金額									
証明を要する期間	令和3年2月1日から令和4年7月31日まで (※開始日から終了日まで、等の記載でも可。)									
使用目的	家族の扶養に入るため									

上記のとおり証明くださるようお願いいたします。

令和 5 年 1 月 1 日

兵庫県市町村職員共済組合理事長 様

組合員氏名 共済 花子