

傷病手当金請求内容の訂正届出書

該当する訂正項目を記入してください。

組合員証記号番号	所属所名	組合員氏名
—		
年金受給について 支給年額のわかる書類の写しを添付してください。		
年金の種類	支給開始年月	請求期間中の支給年額
	平成 令和 年 月	円
	平成 令和 年 月	円
	平成 令和 年 月	円
障害手当金について 決定通知書等の写しを添付してください。		
支給年月日	平成 令和 年 月 日	障害手当金支給額
		円
退職後の就労状況について		退職後の健康保険の加入状況(○をつけてください。)
平成 令和 年 月 日 から就労しています。		<input type="checkbox"/> 共済任意継続組合員 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他()
その他(下段に記入してください。)		
<p>上記のとおり届出します。</p> <p>新潟県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">届出者 ㊟ 本人自ら署名する場合は、押印不要です。</p>		
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。		所属所受付印
令和 年 月 日		
所属所長 職名 氏名		

※共済組合使用欄	過払額 又は 追給額	有	令和 年 月 ~ 令和 年 月 分	円	共済組合受付印
		無	※計算書を添付すること		
決裁欄	課長	係長	係	検認	

※欄には何も記入しないでください。