

病 気 慰 謝 料 請 求 書

私は、病気慰謝料を請求します。

提出日 20 年 月 日

一般社団法人 鹿児島県教職員共助会理事長 様

所 属 所 名 (現職会員のみ記入)			
現 住 所 (継続会員のみ記入)			
フリガナ		会員コード	
会 員 名	(印)		
フリガナ		会員との続柄	
代理人氏名 (死亡退会時のみ記入)	(印)		
入 院 先		入退院証明書又は病院発行の領収書(入退院期日明記)コピー可	
入 院 期 間	20 年 月 日から 20 年 月 日まで		
療 養 期 間	20 年 月 日から 20 年 月 日まで	下記欄所属長証明	
所 属 長 証 明 (現職会員のみ記入)	<p>上記の通り相違ないことを証明します。</p> <p>(所属所名)</p> <p>(職 名) (氏名) 職印</p>		

上記太枠内のみご記入ください。

(給付金の受け取り方)

・給付金は、共助会へお届けされた指定登録口座へ送金されます。

なお、送金時には、送金通知書をお届けしますのでご確認ください。

※ 口座登録がない方は、共助会よりお問い合わせをする場合があります。

(注)

・死亡退会の場合は、会員名欄の押印は不要です。

・療養期間とは、現職会員で病気治療等により連続3週間以上出勤できなかった期間です。

・記載内容については、本会個人情報保護規程に基づいて使用します。

《共助会記入欄》

前回事由発生日	なし あり	年 月 日	今回事由発生日	20 年 月 日
入 会 年 月 日		年 月 日	在 会 年 数	年
給 付 率	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> ()%		給 付 金 額	円
受 付 日				理事長 専 務 常 務 部 長 係
支 払 日				