

様式第19号

専務理事	常務理事	事務局長	部長	係長	係	査定額 ¥	給付番号

職場復帰支援補助金請求書

休職発令期間 年 4 月 1 日 ~ 年 3 月 31 日

「試し出勤」期間 年 2 月 25 日 ~ 年 3 月 22 日

傷害保険補償内容	保険契約者名	互助 太郎	保険料	5,000円
	保険種類	傷害補償		
	保険契約日	年 2 月 18 日		
	保険期間	年 2 月 18 日 ~ 年 4 月 18 日		
	補償内容	〇〇〇〇		

上記のとおりですから、一般財団法人鹿児島県教職員互助組合給付規程第3条の18の規定により
職場復帰支援補助金を請求します。

所属番号	7	6	5	4	3	2
職員番号	2	3	4	5	6	7

所 属 名 鹿児島市立互助小学校

組 合 員 氏 名 互助 太郎



住 所 〒 (890 - 8566)

鹿児島市互助町2-2

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿

<p>上記のとおり相違ないことを確認します。</p> <p style="text-align: center;">年 2 月 26 日</p> <p>所 属 長 名 鹿児島 一郎</p> <p>資 金 前 渡 職 員 名 県事協 桜子</p>	<p>互助組合受付印</p>

※傷害保険の証書の写しなど、保険料の確認できる書類を添付してください。