

病 気 慰 謝 料 請 求 書

私は、病気慰謝料を請求します。

提出日 20〇〇年〇〇月〇〇日

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)	鹿児島市立共助小学校		
現住所 (継続会員のみ記入)			
フリガナ	キョウジョ ハナコ	会員コード	
会員名	共助 花子	654321	
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	〇〇〇 病院	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	20〇〇年〇〇月〇〇日から20〇〇年〇〇月〇〇日まで		
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)	上記の通り相違ないことを証明します。 (所属所名) (職 名) (氏名)		職印

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	□100% □()%		給付金額	円			
受付日			理事長	専務	常務	部長	係
支払日							