

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 <small>(現職会員のみ記入)</small> | 鹿児島市立共助小学校 |
| 現住所 <small>(継続会員のみ記入)</small> | |
| フリガナ | キョウジョ タロウ |
| 会 員 名 | 共助 太郎 共助 |
| フリガナ | 会員コード |
| 代理人名 <small>(死亡退会時のみ記入)</small> | 654321 |
| 入院先 | 〇〇〇 病院 |
| 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 |
| 所属長証明 <small>(現職会員のみ記入)</small> | 上記の通り相違ないことを証明します。 (所属所名) 鹿児島市立共助小学校 (職 名) 校 長 (名前) 〇〇 〇〇 <div style="float: right; border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> 校 共 長 助 印 小 </div> |

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、共助会へあらかじめ登録済みの給付金等受取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。
- ※ 給付金等受取口座の登録がない方は、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。
- ・入院（連続10日以上）による請求の場合は添付書類が必要です。
- ・療養（連続3週間以上）による請求の場合は、所属長証明のみで請求できます。（現職会員に限る）
- ・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、共助会が定めた「個人情報保護に関するガイドライン」に基づき適切にとり扱います。

《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 |
| 支払日 | | | 常務 | 部長 |
| | | | | 係 |