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)	共助小学校	
現住所 (継続会員のみ記入)		
フリガナ	キョウジョカイ　ハナコ	会員コード
会員名	共助会　花子　㊞	６５４３２１
フリガナ		会員との続柄
代理人名 (死亡退会時のみ記入)	㊞	
入院先	○○○　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○○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)	上記の通り相違ないことを証明します。 （所属所名） （職　名）　（名前）　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

		理事長	専務	常務	部長	係
受付日						
支払日						