

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	⑩				
フ リ ガ ナ				会 員 と の 続 柄	
代 理 人 名 (死亡退会時のみ記入)	⑩				
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)	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				
受 付 日			理事長	専 務	常 務	部 長	係	
支 払 日								