

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	(印)		
フリガナ			会員との続柄
代理人名 (死亡退会時のみ記入)	(印)		
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	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> ()%	給付金額	円	
受付日			理事長	専務
支払日			常務	部長
			係	