

一般財団法人岐阜県教職員互助会 理事長 様

所属コード		所属名	
0			
自宅住所		〒 _____	
職員番号(会員番号)右づめ		TEL ( _____ ) _____	
		会員氏名	
給付額		入会年月	
20,000円		年 4月	

### 見舞金請求書(疾病・傷害用)

下記副申事由により、現職互助事業規程第9条にもとづき休務を要したことの分かる**診断書**(写し可)を添えて見舞金の給付を請求いたします。

以前に見舞金の給付を受けた場合はそのときの  
 給付事由(病名) \_\_\_\_\_  
 受給年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日  
 復職年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

過去に受給履歴のある場合は、直近12ヶ月の出勤を確認することがあります

(枠内番号)	銀行	店番
振込先金融機関	銀行・農協 金庫・信組	
	本店	支店・出張所
普通預金	口座番号(右づめ)	フリガナ
		振込先氏名

### 副 申 書

病傷名 \_\_\_\_\_

上記の者は、( \_\_\_\_\_ )のため、令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日より  
 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日まで \_\_\_\_\_日間、療養のため休暇をとりましたので、見舞金を  
 給付されるよう副申します。

令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

所属名 \_\_\_\_\_

所属長名 \_\_\_\_\_ 印

- \* 疾病・傷害により**30日以上引き続いて**休暇をとって治療したとき対象になります。
- \* 再給付は、再び勤務を始めて1年以上経過し、上記に該当した場合に請求できます。(在会中3回まで)
- \* 1年以内にご請求ください。
- \* 上記情報は、上記給付のために取得・利用いたします。