

傷病見舞金申請書

(記入上の注意)
 ・太枠の中のみご記入ください。
 ・休暇、欠席および入院日数には休業日も含みます。
 ・慢性的な同一傷病による給付は、年度内二回までとします。

フリガナ			職名または学年																						
対象者氏名			年 齢	満	歳																				
傷 病 名			医療機関名																						
休暇・欠席期間 (土日含む)	年 月 日 ~		年 月 日	日間 (入院日数 日)																					
同一傷病による 本会見舞金の受領	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合 受領日 年 月 日 (円)																								
教育奉謝金の拠出	本年度 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 否		前年度 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 否																						
受 取 口 座	<input type="checkbox"/> 学校口座 (口座記入不要) <input type="checkbox"/> 学校口座以外 (以下に口座記入)																								
	金融機関名(ゆうちょ銀行以外)		ゆうちょ銀行																						
	銀行 信用金庫・信用組合 (支店)		<table border="1"> <tr> <td colspan="4">通帳記号(注1)</td> <td colspan="4">通帳番号(注2)</td> </tr> <tr> <td>1</td><td></td><td></td><td>0</td><td>*</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>			通帳記号(注1)				通帳番号(注2)				1			0	*							
	通帳記号(注1)				通帳番号(注2)																				
	1			0	*																				
	口座番号		<small>注1:6桁目がある場合※欄にご記入ください 注2:8桁未満の場合は右詰で記入し、その頭部の空欄には「0」をご記入ください</small>																						
フリガナ			対象者との 続 柄																						
口座名義																									
通 信 欄																									
上記のとおり傷病見舞金を申請します。 年 月 日 学 校 地方委員 ⑨ 一般財団法人 青森県教育厚生会理事長 様																									

(個人情報
記載された
個人情報
は、業務
遂行上
必要な
範囲内
で利用
します。)

傷病見舞金 (教育奉謝金)	
特別見舞金 (厚生会会員)	
合 計	

学校コード							
-------	--	--	--	--	--	--	--

受付 番号	
----------	--

事務局長	事務局次長	課 長	係	送金日	受 付