

傷病見舞金申請書

(記入上の注意)

・本枠の中のみご記入ください。
・慢性の同一傷病による給付は、年度内二回までとします。

(個人情報取扱について)

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。

フリガナ	コウセイ イチロウ			職名または学年	教諭					
対象者氏名	厚生 一郎			年齢	満 35 歳					
傷病名	インフルエンザ	医療機関名	青森東病院							
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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合 受領日 年 月 日 (円)									
教育奉謝金の抛出	本年度 <input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 否 前年度 <input checked="" 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 checked="" 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						
	八甲田 信用金庫・信用組合 (銀行) 貝塚 支店			通帳記号(注1) 通帳番号(注2)						
	口座番号	0	1	2	3	4	5	6	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	
	フリガナ	コウセイ イチロウ			対象者との 続柄	本人				
口座名義	厚生 一郎									
通信欄										

上記のとおり傷病見舞金を申請します。

○年 ○月 ○日

縄文小 学校

太平 洋 ⑩

地方委員

一般財団法人 青森県教育厚生会理事長 様

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