

# 傷病見舞金申請書

(記入上の注意)

・太枠内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。

(個人情報の取扱いについて)

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		職名または学年 (申請時)	
対象者氏名		年 齢	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)		
教育奉謝金の抛出	本年度 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 否 前年度 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 否 ※対象者が教職員の場合、抛出状況を確認のうえチェックしてください。		
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	通帳記号(注1)	通帳番号(注2)
	口座番号	1	0 ※
	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			

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