

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まれます。
・傷病名に関わらず同一対象者への給付は年度内二回までとします。

(個人情報取扱いについて)

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	コウセイ イチロウ		職名または学年 (申請時)	教諭
対象者氏名	厚生 一郎		年齢	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)
当年度の 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 ※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 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 貝塚		通帳記号(注1) 通帳番号(注2)	
	口座番号 0 1 2 3 4 5 6		1 0 ※	
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 地方委員 縄文小 学校 太平 洋 印 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