

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。  
・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。

|                                                                      |                                                                                                                     |  |                                                              |              |  |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--------------|--|
| フリガナ                                                                 |                                                                                                                     |  | 職名または学年<br>(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<br>(土日含む)                                                    | 年 月 日 ~ 年 月 日                                                                                                       |  | 日間<br>(入院日数 日)                                               |              |  |
| 当年度の<br>本会見舞金の受領                                                     | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>※「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<br>信用金庫・信用組合<br>( )                                                                                              |  | 通帳記号(注1) 通帳番号(注2)                                            |              |  |
|                                                                      | 支店<br>営業部・出張所                                                                                                       |  | 1 0 ※                                                        |              |  |
|                                                                      | 口座番号                                                                                                                |  | 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                                                                                                                |  |                                                              | 対象者との<br>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。<br>年 月 日<br>学 校<br>地方委員 ⑨<br>一般財団法人 青森県教育厚生会理事長 様 |                                                                                                                     |  |                                                              |              |  |

（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。

|               |       |     |   |          |     |
|---------------|-------|-----|---|----------|-----|
| 傷病見舞金 (教育奉謝金) |       |     |   | 学校コード    |     |
| 特別見舞金 (厚生会会員) |       |     |   | 受付<br>番号 |     |
| 会員番号          |       |     |   |          |     |
| 合 計           |       |     |   |          |     |
| 事務局長          | 事務局次長 | 課 長 | 係 | 送金日      | 受 付 |
|               |       |     |   |          |     |