

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。
・休業、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	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	☒ 無 ☐ 有 ※「有」の場合 受領日 年 月 日 (円)			
教育奉謝金の拠出	本年度 ☒ 済 ☐ 否 前年度 ☒ 済 ☐ 否			
受 取 口 座	☐ 学校口座 (口座記入不要) ☒ 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 銀行 信用金庫・信用組合 ()		通帳記号(注1)	
	貝塚 支店 営業部・出張所		通帳番号(注2)	
	口座番号		1 0 ※	
	フリガナ		コウセイ イチロウ	
口座名義	厚生 一郎		対象者との 続 柄	本人
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

印

地方委員

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）	
会員番号	
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