傷病見舞金申請書

フリガナ		職名または学年	
対象者氏名		年　齢	満　　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 （うち入院日数　　日）		
同一傷病による 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）		
	銀行 信用金庫・信用組合 （　　）　　支店		
	口座番号		
	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　　㊞

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

（記入上の注意）
・**太枠の中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）
この申請書の記載内容については本会の責任において厳重に保管し、給付以外の目的には使用しません。