

傷病見舞金申請書

・（記入上の注意）
 ・太枠の中のみご記入ください。
 ・慢性の同一傷病による給付は、年度内二回までとします。
 ・休業、欠席および入院日数には休業日も含まれます。
 ・（個人情報の取扱）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		
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 (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)				
	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 (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