

障害見舞金請求書

整理
番号

平成 年 月 日

財団法人 静岡県教職員互助組合 様

下記のとおり請求いたします。

組合員 (請求者) 記入欄	所属コード				組合員番号				発生年月日 (記入不要)		4	年	月
	所属所名		() -										
	フリガナ						加入年月		S	年		月	
	組合員の氏名		氏	名	(印)		生年月日		S	年		月	日
医師の 証明欄	労働基準法施行規則別表第2身体障害等級表 第 級 に該当するものと認める。												
	身体障害者福祉法施行規則別表第5号身体障害者障害程度等級表 第 級 に該当するものと認める。												
	障害の原因				医師の 意見								
	発生年月日		年 月 日										
上記のとおり相違ないことを証明します。													
平成 年 月 日													
住 所													
病 院 名 () -													
医 師 名 印													
所属所 記入欄	上記の記載事項は、事実と相違ないと認めます。												
	平成 年 月 日												
	所属所長氏名										職印		
事務取扱者氏名										(印)			
互助組合 記入欄	裁 定				調 査		給 付 日		受 付 日				
	76	障害見舞金											

- 1 身体障害者手帳が交付されている方
身体障害者手帳の写しを添付してください。(医師の証明は不要)
- 2 身体障害者手帳が交付されていない方
労基法又は福祉法のいずれかで医師の証明を受けてください。

個人情報の取り扱いについて

障害見舞金請求書の内容は、給付資格調査、給付額算定、障害見舞金に係る給付金送金処理のために利用いたします。