

# 在宅療養見舞金請求書

整理  
番号

財団法人 静岡県教職員互助組合 様										平成 年 月 日										
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		氏 名		氏 名		加入年月		S 年 月		H		氏 名		加入年月		S 年 月 日		H	
	組合員の氏名		氏 名		氏 名		氏 名		氏 名		氏 名		氏 名		氏 名		氏 名		氏 名	
	フリガナ		氏 名		氏 名		氏 名		氏 名		氏 名		氏 名		氏 名		氏 名		氏 名	
	傷病名		続 柄 組合員の																	
	在宅療養者の状態 (該当に 印)		1 起きあがることが一時的にできない状態又は喪失した状態 2 寝返りが一時的にできない状態又は喪失した状態 3 食事、用便ともに介護を要する																	
	介護開始年月日		年 月 日		該 当 月 の 介 護 期 間		自 平成 年 月 日		至 平成 年 月 日		自 平成 年 月 日		至 平成 年 月 日		自 平成 年 月 日		至 平成 年 月 日			
	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							
	82	在 宅 療 養 見 舞 金																		

- 1 組合員及び組合員の被扶養者が給付対象となります。
- 2 該当月の翌月以降に請求してください。

個人情報取り扱いについて

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