

# 傷病見舞金請求書(県費外組合員用)

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										加入年月	S	年	月				
	組合員の氏名										氏	名	⑩	生年月日	S	年	月	日
	今回の請求月										平成 年 月分							
	傷病名										症状							
	発病年月日										平成 年 月 日	初診年月日	平成 年 月 日					
所属所 記入欄	給料月額										円		今回の請求月の支給額	学校支給額	円			
	減給の開始割合										平成 年 月 日より ( )%減給		共済組合等支給額	円				
	無給の開始										平成 年 月 日より無給		支給額の合計	円				
	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 ⑩ 事務取扱者氏名 ⑩																	
互助組合 記入欄	裁定					調査	給付日		受付日									
	給付金限度額																	
	75	傷病見舞金																

1 添付書類

医師の診断書(初回のみ)

2 請求方法

- (1) 月ごと請求してください。
- (2) 学校、共済組合等の支給額を確認後に請求してください。

個人情報の取り扱いについて

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