

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		職 名		加入年月				S H		年 月	
	組合員の氏名						氏 名		(印)		生年月日				T S H		年 月 日	
	フリガナ						氏 名		氏 名		続 柄				組合員の			
	氏 名						氏 名		氏 名		生年月日				T S H		年 月 日	
	傷 病 名						在宅療養者の状態 (該当に 印)											
	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							
	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。