

# 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										職名			
	組合員の氏名					氏	名	(印)	加入年月	S H	年	月		
									生年月日	T S H	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 (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					
	75	傷病見舞金												

- 添付書類  
医師の診断書 (初回のみ)
- 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。