

# 傷病見舞金申請書

(記入上の注意)  
・太枠内のみご記入ください。  
・休暇、欠席および入院日数には休業日も含みます。  
・傷病名に関わらず同一対象者への給付は年度内二回までとします。

|  |  |   |                |
|--|--|---|----------------|
| フリガナ   |  | 職名または学年<br>(申請時)  |                |
| 対象者氏名  |  | 年 齢   | 歳              |
| 傷 病 名  |  | 医療機関名   |                |
| 休暇・欠席期間<br>(土日含む)  | 年 月 日 ~  | 年 月 日   | 日間<br>(入院日数 日) |
| 当年度の<br>本会見舞金の受領   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>※「有」の場合 受領日 年 月 日 ( 円)  |   |                |
| 教育奉謝金の抛出   | 本年度 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 否                        | 前年度 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 否 |                |
| 受 取 口 座  | <input type="checkbox"/> 学校口座 (口座記入不要) <input type="checkbox"/> 学校口座以外 (以下に口座記入) |   |                |
|  | 金融機関名(ゆうちょ銀行以外)  | ゆうちょ銀行  |                |
|  | 銀行<br>信用金庫・信用組合<br>(<br>支店<br>営業部・出張所  | 通帳記号(注1)  | 通帳番号(注2)       |
|  | 口座番号   | 1   | 0 ※            |
|  | フリガナ   | 対象者との<br>続 柄  |                |
| 口座名義   |  |   |                |
| 通 信 欄  |  |   |                |
| 上記のとおり傷病見舞金を申請します。<br>年 月 日<br>学 校<br>地方委員 ⑩<br>一般財団法人 青森県教育厚生会理事長 様 |  |   |                |

(個人情報取扱いについて)  
記載された個人情報は、業務遂行上必要な範囲内で利用します。

|               |  |
|---------------|--|
| 傷病見舞金 (教育奉謝金) |  |
| 特別見舞金 (厚生会会員) |  |
| 合 計           |  |

|          |  |
|----------|--|
| 学校コード    |  |
| 受付<br>番号 |  |

|      |       |     |   |     |     |
|------|-------|-----|---|-----|-----|
| 事務局長 | 事務局次長 | 課 長 | 係 | 送金日 | 受 付 |
|      |       |     |   |     |     |