



災 害 見 舞 金 請 求 書

互 助 会 員 氏 名		〒														
		所 属 所 住 所														
指 定 四 国 銀 行 名	() 本・支店 口座番号 ()	所 属 所 名														
り 災 年 月 日	年 月 日	共 済 組 合 員 証 番 号	公 立 高 知 第					号								
り 災 の 場 所		損 害 の 程 度														
り 災 の 原 因 及 び そ の 状 況																
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>一般財団法人 高知県教職員互助会理事長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 〒 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </div> <p style="text-align: center;">住 所 請求者 氏 名</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 印 </div>																
原 票 及 び 給 料 表 照 合 済 印	※	共 済 災 害 見 舞 金 請 求 書 照 合 済 印	※													
決 定 金 額	※	共 済 組 合 支 給 率	※													

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

職 名
所属所長
氏 名

職印

- (1) 共済組合の災害見舞金請求書と同時に提出してください。
市町村長等の証明は不要です。
- (2) 会員資格を取得した日以降に給付事由が発生した場合に給付対象となりますので、採用前や知事部局、国、市町村等に出向されている間に給付事由が発生した場合は給付対象となりません。
- (3) ※は記入しないでください。
- (4) 支店名、口座番号は、会員以外の者が請求する場合のみ記入してください。