

⑤

## 傷病見舞金請求書

所属	所長印	〇〇〇小学校	送金指定銀行名
傷病名	肝機能障害	発病年月日	27年 3月 20日
共済組合の傷病手当金附加金の支給満了日	30年 3月 31日		
請求期間	30年 4月 1日より 30年 4月 30日まで	請求金額	90,000 円
共済組合員証番号	公立高知 第 123456	掛金徴収照合済印	※
上記のとおり請求します。			
一般財団法人 高知県教職員互助会理事長 様			
30年 5月 7日			
⑤ 7 8 0 0 0 2 3			
住所 高知市〇〇町 121-2			
請求者 氏名 福利 太郎			
支店 口座番号 No.			

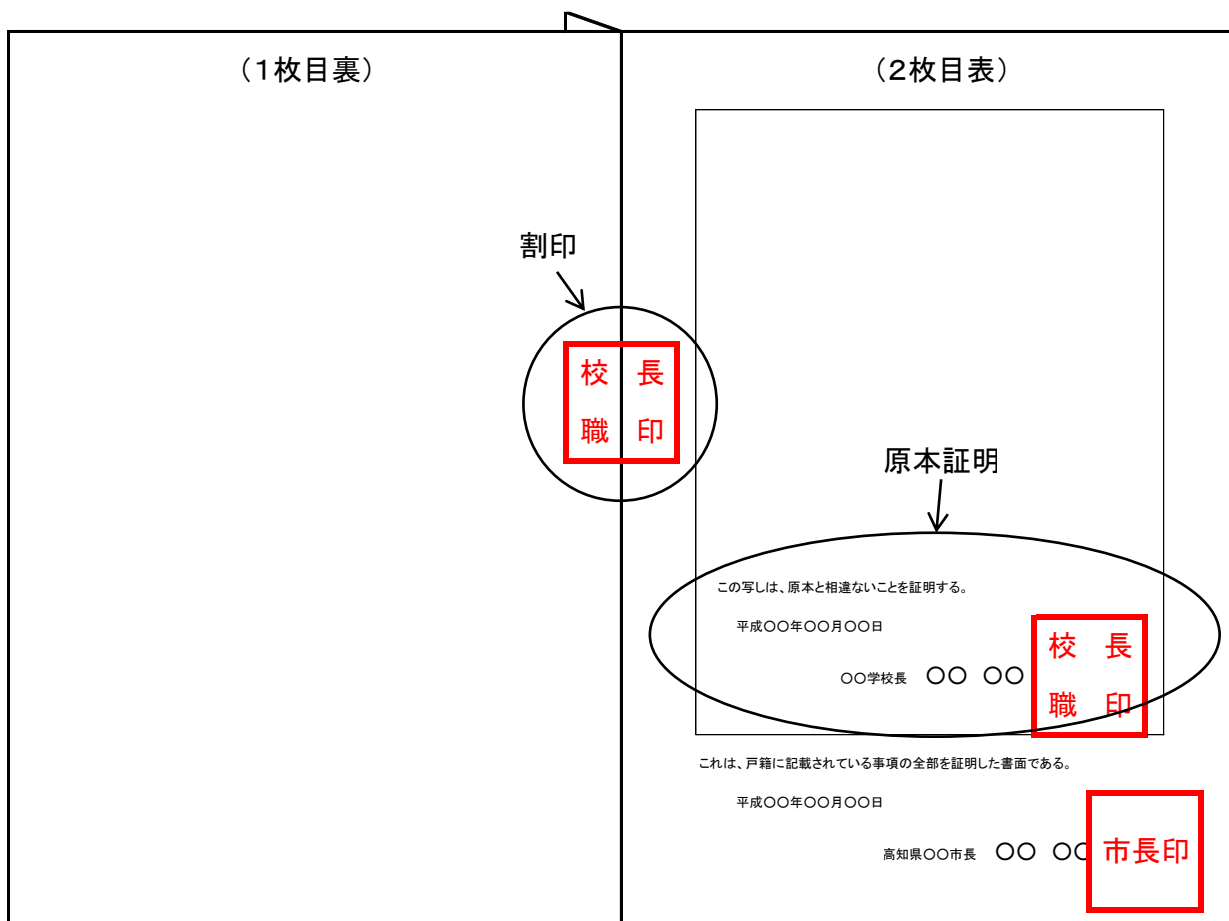
会員氏名	福利 太郎	所属所名	〇〇〇小学校
傷病名	肝機能障害	発病年月日	27年 3月 20日
共済組合の傷病手当金附加金の支給満了日	30年 3月 31日		
請求期間	30年 4月 1日より 30年 4月 30日まで	請求金額	90,000 円
共済組合員証番号	公立高知 第 123456	掛金徴収照合済印	※
上記のとおり請求します。			
一般財団法人 高知県教職員互助会理事長 様			
30年 5月 7日			
⑤ 7 8 0 0 0 2 3			
住所 高知市〇〇町 121-2			
請求者 氏名 福利 太郎			
支払開始日	※	前回支給日	※
年 月 日		年 月 日	
今回支給分	※		
年 月 日			
決定金額	※	支給率	※ 3,000 円 × 日

- (1) 共済組合の傷病手当金支給満了後支給されますので1ヶ月単位として提出してください。
- (2) ※印は記入しないでください。
- (3) 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。

## 互助会給付請求のときにご注意いただきたいこと

1. 請求書の提出は事由発生日の翌日から3年以内に。
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. 戸籍、住民票等の写しを添付する場合は全ページをコピーしてください。
4. 戸籍、住民票等の写しには必ず所属長の原本証明をお願いします。  
また、写しが2枚以上になる場合は割印を押してください。(1枚ごとに原本証明も可)

※ 原本証明と割印(例)



※ 埋火葬許可書と死亡診断書の写しには原本証明はいりません。

5. 銀婚祝金請求書に添付する戸籍またはその写しは、婚姻届出から満25年目の日以降に市区町村役場から発行されたものを添付してください。