

様式第19号

専務理事	常務理事	事務局長	部長	係長	係	査定額 ¥	給付番号	

職場復帰支援補助金請求書

休職発令期間	年	月	日	～	年	月	日	
「試し出勤」期間	年	月	日	～	年	月	日	
傷害 保険 補償 内容	保険契約者名					保険料	円	
	保険種類							
	保険契約日	年		月		日		
	保険期間	年	月	日	～	年	月	日
	補償内容							

上記のとおりですから、一般財団法人鹿児島県教職員互助組合給付規程第3条の18の規定による
職場復帰支援補助金を請求します。

所属番号						
職員番号						

所 属 名

組 合 員 氏 名

Ⓜ

住 所 〒 ()

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿

上記のとおり相違ないことを確認します。	年 月 日
	所 属 長 名 職印
	資 金 前 渡 職 員 名 Ⓜ
	互助組合受付印

※傷害保険の証書の写しなど、保険料の確認できる書類を添付してください。

専務理事	常務理事	事務局長	部長	係長	係	査定額 ¥	給付番号

不妊治療助成金請求書

治療を受けた者	氏名	
	1 互助組員 2 互助組員の配偶者 (いずれかを○で囲んでください)	

治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
------	---------------

医療機関名	
-------	--

過去の請求歴	回 (年度) (年度) (初めて請求する方は無記入)
--------	--------------------------------

一 ※ 両方互助組員の場合は、必ず記入してください。

→	不妊治療助成金を請求しない組員の所属名・氏名	所属番号						所属名	
		職員番号						氏名	

上記のとおり、一般財団法人鹿児島県教職員互助組合給付規程第3条の19の規定による不妊治療助成金を請求します。

年 月 日

所属番号						
職員番号						

所 属 名

組 員 氏 名

㊞

住 所 〒 (-)

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿

※医師による治療証明書（別記様式）を添付してください。ただし、県・市町村等から助成を受ける際に取得した証明書がある場合は、その写しで構いません。	互助組合受付印