

専務理事	常務理事	事務局長	部長	係長	係	査定額 ¥	給付番号

## 入 退 院 旅 費 補 助 金 請 求 書

患者名			組合員との続柄		年齢	歳
乗船	港	行先	港	2等片道船賃	円	

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5の規定による入院旅費補助金を請求します。

年 月 日

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証明します。  年 月 日  所 属 長 名  資 金 前 渡 職 員 名	職 印	互 助 組 合 受 付 印
	Ⓜ	

入院証明欄	入院患者名		入院期間	年 月 日 から
				年 月 日 まで
上記のとおり証明します。  年 月 日  所 在 地 医 療 機 関 名 医 師 氏 名				
				Ⓜ

(注) 出産による入院の場合

- 1 正常分娩のときは給付しません。
- 2 出産に伴う疾病や異常分娩（流産、早産、死産等）のときは給付します。