

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
往路 () 港・空港			復路 () 港・空港		

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	<div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">職印</div>	互助組合受付印
	所属長名		
資金前渡職員名		Ⓜ	

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。