

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合給付規程

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合給付規程

(趣 旨)

第1条 この規程は、一般財団法人鹿児島県教職員互助組合が行う組合員及びその被扶養者（被扶養者とは地方公務員等共済組合法第2条第2項に該当するものをいう。）に対する給付に関し必要な事項を定めるものとする。

(財 源)

第2条 給付金の財源は、掛金の10%、補助金及び資産から生ずる果実をもってこれに充てる。

(給付金の種類)

第3条 給付金の種類は、次のとおりとする。

- (1) 医療補助金
- (2) 人間ドック等補助金
- (3) 人間ドック等旅費補助金
- (4) 入退院旅費補助金
- (5) 通院旅費補助金
- (6) 療養見舞金
- (7) 休職者給付金
- (8) 介護休暇給付金
- (9) 出産補助金
- (10) 災害見舞金
- (11) 組合員特別給付金
- (12) 保養施設利用補助金
- (13) 特別保養施設利用補助費
- (14) 文化体育行事費
- (15) 削除
- (16) 結婚祝金
- (17) 職場復帰支援補助金
- (18) 不妊治療助成金
- (19) その他理事会が適当と認めた給付

(医療補助金)

第3条の2 組合員及びその被扶養者が疾病又は負傷によって治療を受けたときは、医療補助金を給付する。ただし18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者の診療については、給付しない。

- 2 公立学校共済組合に加入している組合員に給付する医療補助金の額は、医療費総額から、公立学校共済組合等が給付する公費負担額の合計額を控除した額から2,500円を控除した金額に50%を乗じた金額とする。ただし上位所得者の自己負担限度額については一般所得者の自己負担限度額と同額とみなす。なお100円未満の端数があるときは、その端数は切り捨てる。
- 3 医療補助金は、医師の診療報酬請求明細書及び公立学校共済組合の支給する家族療養費附加金等の額に基づき査定する。
- 4 前2項の規定は、公立学校共済組合に加入していない組合員（以下「単独組合員」という。）に支給する医療補助金について準用する。

ただし、公的機関から給付がある単独組合員については、その給付額を控除した額を給付するものとし、それ以外の単独組合員については、一定の範囲内での額とする。

（人間ドック等補助金）

- 第3条の3 単独組合員及びその配偶者が、公立学校共済組合鹿児島支部（以下「共済組合」という。）の定める基準により、共済組合が実施する人間ドックに準拠し、検診を受けた場合は、人間ドック等補助金を給付する。
- 2 前項の人間ドック等補助金の額は、共済組合が定める基準に準ずるものとする。
 - 3 単独組合員及びその配偶者が人間ドック等を受診しようとするときは、人間ドック受診申込書（様式第1号又は様式第2号）を理事長に提出し、利用券の交付を受けるものとする。

（人間ドック等旅費補助金）

- 第3条の4 前条第1項の規定により人間ドック等補助金の給付を受ける離島に居住する単独組合員及び配偶者に人間ドック等旅費補助金を給付する。
- 2 人間ドック等旅費補助金の給付を受けようとする単独組合員は、人間ドック等旅費補助金請求書（様式第3号）を理事長に提出しなければならない。

（入退院旅費補助金）

- 第3条の5 離島に居住する組合員及び組合員と同居する被扶養者が、疾病、負傷又は出産に伴う疾病や異常分娩によって島外の医療機関に入院し、退院したときは、別途理事長が定める額を給付する。
- 2 前項の入退院旅費補助金の給付を受けようとする組合員は、入退院旅費補助金請求書（様式第4号）を理事長に提出するものとする。

（通院旅費補助金）

- 第3条の6 離島に居住する組合員及び組合員と同居する被扶養者が、疾病、

負傷等の診療のために医療機関が島内にない場合又は医師の指示によって、島外の医療機関において診療を受けたときは、通院旅費補助金として別途理事長が定める額を給付する。ただし、医療機関が島内にない場合の島外の医療機関は、最寄の医療機関までとする。

- 2 前項の規定による通院旅費補助金の給付を受けようとする組合員は、通院旅費補助金請求書（様式第5号）を理事長に提出しなければならない。

（療養見舞金）

第3条の7 組合員が、6月1日及び12月1日の基準日において心身の故障のため休職（90日を超える療養休暇を含む。）中の場合、それぞれ30,000円の療養見舞金を給付する。

（休職者給付金）

第3条の8 休職を命ぜられた組合員が給与の支給を受けられなくなった場合は、休職者給付金を給付する。

- 2 休職者給付金を給付する期間は、公立学校共済組合定款（昭和37年11月制定）第26条に規定する傷病手当金附加金の支給を受けられなくなった日以後休職期間の満了する日までとする。ただし、2回目以降の休職期間に給付する場合は、12月を限度とする。
- 3 休職者給付金の額は、給料月額を8割とする。ただし、支給開始及び支給満了の日が月の中途である場合は、月支給額を22で除した額に支給開始以後又は支給満了の日までの日数（日曜日及び土曜日を除く。）を乗じた額（その額が月支給額を超えるときは、月支給額とする。）をその月の給付額とする。
- 4 休職者給付金の給付を受けることとなる組合員は、休職者給付金請求書（様式第6号）を理事長に提出しなければならない。

（介護休暇給付金）

第3条の9 組合員が介護休暇制度を利用する場合は、介護休暇給付金を給付する。

- 2 介護休暇給付金の額は、減額された給料の8割に相当する額から、地方公務員等共済組合法に定める介護休業手当金として支給される額を控除した額とする。
- 3 公立学校共済組合が支給しない半日・時間単位について給付を受けることとなる組合員は、介護休暇給付金請求書（様式第7号）を理事長に提出しなければならない。
- 4 介護休暇給付金を給付する期間は、介護休暇の日数を通算して66日を超えない期間とする。

(出産補助金)

第3条の10 組合員又は組合員の配偶者及び被扶養者が出産(妊娠13週(85日)以上の死産、流産等を含む。)したときは、出産補助金を給付する。

- 2 出産補助金の額は出生児1人につき50,000円とする。
- 3 出産補助金の給付を受けようとする組合員は、出産補助金請求書(様式第8号)を理事長に提出しなければならない。

(災害見舞金)

第3条の11 組合員又は被扶養者が、水震火災、台風、その他の非常災害により、その住居又は家財に一定の損害を受けたときは、災害見舞金を給付する。

- 2 前項に規定する災害見舞金は、地方公務員等共済組合法別表第1に定める損害の程度に対応する月数に準じ、次のとおりとする。

損害の程度に対応する月数	災害見舞金給付額
3 月	600,000 円
2 月	400,000 円
1 月	200,000 円
0.5 月	100,000 円

- 3 災害見舞金の給付を受けようとする組合員は、災害見舞金請求書(様式第9号)を理事長に提出しなければならない。ただし、公立学校共済組合に災害見舞金を請求している場合は、災害見舞金請求書欄の市町村長、消防署長又は警察署長の証明を省略することができる。

(組合員特別給付金)

第3条の12 組合員期間が10年以上で50歳に達したときまでに、結婚歴及び出産歴のない組合員に組合員特別給付金を給付する。

- 2 組合員特別給付金の額は、50,000円とする。
- 3 組合員特別給付金の給付を受けようとする組合員は、組合員特別給付金請求書(様式第10号)を理事長に提出しなければならない。

(保養施設利用補助金)

第3条の13 組合員及びその扶養家族が、互助組合の指定する次に掲げる保養施設を利用した場合は、保養施設利用補助金を給付する。

- (1) 山の家・海の家(夏季休業期間中に限る。)
 - (2) 指定保養施設
 - (3) 湯治旅館
- 2 保養施設利用補助金の宿泊の限度は、次のとおりとする。
 - (1) 山の家・海の家にあつては、別途定める。

- (2) 指定保養施設にあっては、組合員1人年間15泊、その扶養家族は年間合計15泊までとする。
 - (3) 湯治旅館にあっては、月内7泊までとする。
- 3 保養施設利用補助金の額は、次のとおりとする。
- (1) 山の家・海の家にあっては、1泊につき大人3,300円（単独組合員にあっては4,000円）、小人（満3歳以上小学生まで）2,800円（単独組合員の小人にあっては、3,300円）とする。
 - (2) 指定保養施設にあっては、1泊につき1,500円（満3歳以上）とする。
 - (3) 湯治旅館にあっては、部屋代及び寝具、炊事用具の借用費等として、1泊につき1,500円とする。
- 4 第1項に掲げる保養施設を利用しようとする時は、当該施設に利用の予約をした上、所定の利用補助券申込書（様式第11号又は様式第12号）を理事長に提出し、利用補助券の交付を受け、利用の際施設に提出するものとする。

（特別保養施設利用補助費）

- 第3条の14 組合員が、永年勤続休暇を取得できる当該年度（45歳又は55歳時のいずれか）に互助組合の指定する特別保養施設を利用した場合は、組合員及び同伴者1人に1回を限度として特別保養施設利用補助費を給付する。
- 2 宿泊を伴う施設利用ができない組合員は、別途指定された施設の食事利用に変更することができる。この場合、同伴者の人数は制限しない。
 - 3 特別保養施設利用補助費の額は、組合員及び同伴者（満3歳以上の者に限る）1人につき15,000円とし、食事利用の場合は、別途指定された施設と契約した額とする。
 - 4 特別保養施設利用補助費の給付を受けようとする組合員は、当該施設に利用の予約をした上、所定の特別保養施設利用補助券申請書（様式第13号）を理事長に提出し、利用補助券の交付を受け、利用の際施設に提出するものとする。

（文化体育行事費）

- 第3条の15 組合員の教育文化の振興及び健康増進を図ることを目的に、互助組合が企画する行事に参加した組合員及び県内各地区別に行う余暇活動事業に対し助成金を給付する。
- 2 第1項に規定する県内各地区別に行う余暇活動事業を実施する場合は、余暇活動助成金申請書（様式第14号）を理事長に提出し、事業終了後余暇活動実施報告書（様式第14号-2）を提出しなければならない。

第3条の16 （削 除）

(結婚祝金)

第3条の17 組合員が結婚(内縁関係を含む)したときは、結婚祝金を給付する。

- 2 結婚祝金の額は20,000円とする。
- 3 結婚祝金の給付を受けようとする組合員は、結婚祝金請求書(様式第18号)を理事長に提出しなければならない。

(職場復帰支援補助金)

第3条の18 「鹿児島県学校職員職場復帰支援実施要綱」に基づき「試し出勤」制度を利用する組合員が、地方公務員災害補償法による補償を受けることができないことにより、その間の事故に関する保険に自身で加入した場合に、その負担した保険料の範囲内において補助金を給付する。

- 2 補助金は上限額を10,000円とする。
- 3 職場復帰支援補助金の給付を受けようとする組合員は、職場復帰支援補助金請求書(様式第19号)及び現に支払った保険料の確認できる書類の写しを理事長に提出しなければならない。

(不妊治療助成金)

第3条の19 夫婦いずれかが組合員又は、夫婦双方が組合員である場合において、医療保険が適用されない、配偶者間(内縁関係を含む。)で行う一般不妊治療(人工授精をいう。以下同じ。）・生殖補助医療(体外受精、顕微授精及び男性不妊の手術をいう。以下同じ。)を受けた夫婦に対して、助成金を給付する。

- 2 上記の助成は治療の事実に対して1回5万円とし、通算の助成回数は3回までとする。
- 3 不妊治療助成金を受けようとする組合員は、不妊治療助成金請求書(様式第20号)及び不妊治療(医療保険適用外)受診証明書(別記様式(様式第20号関係))を添付して理事長に提出しなければならない。

(退職生業資金)

第4条 組合員がその資格を失うに至ったときは、退職生業資金として掛金預り金を還付する。

- 2 組合員が破産法及び民事再生法の適用を受けた場合に貸付未償還金があるときは、理事会の承認を得て貸付事故日現在の掛金預り金を充当するものとする。
- 3 組合員が給与差押え等の適用を受けた場合に貸付未償還金の返済額が3月以上未納であるときは、組合員の同意書(事様式第12号)提出により理事会の承認を得て、同意日までの掛金預り金を充当するものとする。
- 4 掛金預り金は、退職関係給付金等申請書(様式第15号)又は死亡退職関係

給付金申請書（様式第16号）により請求しなければならない。

5 掛金預り金の還付額は、次の算式により求めた額とする。

平成14年3月31日現在の掛金預り金総額・・・・・・・・・・・・・・・・ A

平成14年4月1日以降の掛金預り金×0.9（円未満切上げ）・・・・・・・・ B

A + B = 掛金預り金還付額

（掛金の納入）

第5条 掛金の納入は、給与等から控除する方法による。ただし、送金により払い込む場合は、払込通知書（事様式第1号又は事様式第2号）等により払い込むものとする。又、育児休業等、産前産後休業、無給休職、看護欠勤、介護休暇、自己啓発休業、配偶者同行休業の承認を受けた組合員の休業（休職）期間中の掛金の納入については、免除する。

（掛金の整理、通知）

第6条 理事長は、掛金預り金・積立金預り金個人別残高明細書等により組合員の掛金納入状況を記録整理しておかなければならない。

2 理事長は、毎年12月末日における個人別掛金預り金の状況を組合員に通知するものとする。

（災害時の特例）

第7条 地震、風水害、津波、噴火、その他この法人の責めに帰すことのできない原因によって、支払事由が一時に多数発生し、この法人の収支状況を著しく悪化させると認められるときは、理事会の決議により、給付額及び条件等について別に定めることができるものとする。

（細則の制定）

第8条 この規程に定めるもののほか、必要な細則は理事会が定める。

附 則

この規程は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成28年8月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成29年1月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、令和2年7月1日から施行する。

附 則

- 1 この規程は、令和4年4月1日から施行する。
- 2 改正後の令和4年4月1日から令和6年3月31日までの期間における第3条の2第2項の規定の適用については、同項中「50%」を「60%」とする。

附 則

この規程は、令和4年6月1日から施行する。

附 則

- 1 この規程は、令和5年4月1日から施行する。
- 2 改改正後の第3条の19の規定、様式第20号及び別記様式（様式第20号関係）については、令和4年4月1日から医療保険適用外となる不妊治療に適用し、令和4年3月末までの不妊治療については、なお従前の例による。

様式第1号

人間ドック受診申込書（単独組合員）																			
受診者氏名																			
生年月日	年 月 日 生	性別	男 ・ 女																
現住所	〒 ー TEL ()																		
希望健診名 <small>※健診希望の科目に○印をつけてください。</small>	1 泊ドック 2 一日ドック 3 一日ドック・女性科追加	4 女性ドック 5 脳ドック 6 生活習慣病教室入院																	
	第 一 希 望	第 二 希 望																	
医療機関名																			
受診希望期間	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日																	
<p>上記のとおり申し込みますので、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3の規定による人間ドック利用券を交付ください。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">所属番号</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="padding-left: 20px;">所 属 名</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">職員番号</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="padding-left: 20px;">組 合 員 氏 名 ㊟</td> </tr> </table> <p>一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿</p>				所属番号							所 属 名	職員番号							組 合 員 氏 名 ㊟
所属番号							所 属 名												
職員番号							組 合 員 氏 名 ㊟												
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>所 属 長 名 職 印</p>		<p>互助組合受付印</p>																	

様式第 2 号

人間ドック受診申込書（配偶者）																			
受診者氏名																			
生年月日	年 月 日 生	性別	男 ・ 女																
現住所	〒 _____ TEL (_____)																		
希望健診名 <small>※健診希望の科目に○印をつけてください。</small>	1 配偶者ドック 2 生活習慣病教室入院																		
	第 一 希 望	第 二 希 望																	
医療機関名																			
受診希望期間	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日																	
<p>上記のとおり申し込みますので、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3の規定による人間ドック利用券を交付ください。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">所属番号</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="padding-left: 20px;">所 属 名</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">職員番号</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="padding-left: 20px;">組 合 員 氏 名 ㊟</td> </tr> </table> <p>一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿</p>				所属番号							所 属 名	職員番号							組 合 員 氏 名 ㊟
所属番号							所 属 名												
職員番号							組 合 員 氏 名 ㊟												
上記のとおり相違ないことを証明します。		互助組合受付印																	
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>所 属 長 名 職 印</p>																			

様式第3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														
人間ドック旅費補助金請求書																					
受診者氏名					生年月日	年	月	日													
受診者住所																					
受診年月日	年	月	日	宿泊有無																	
受診医療機関					請求金額																
離島組合員 記入欄	最寄りの乗船港 (港) → 鹿児島港				2等片道船賃 円																
<p>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4の規定による人間ドック旅費補助金を請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>所属番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>所属名</td> </tr> <tr> <td>職員番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>組合員氏名 ⑥</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">郵便番号 (-)</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿</p>								所属番号						所属名	職員番号						組合員氏名 ⑥
所属番号						所属名															
職員番号						組合員氏名 ⑥															
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>所 属 長 名 ⑥</p> <p>資 金 前 渡 職 員 名 ⑥</p>						互助組合受付印															

※受診機関からのドック終了報告を受けた後、送金致します。
受診後、請求してください。

様式第 4 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														
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																	
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">所属番号</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;">所 属 名</td> </tr> <tr> <td>職員番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>組 合 員 氏 名</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">住 所 〒 ()</p> <p>一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿</p>								所属番号						所 属 名	職員番号						組 合 員 氏 名
所属番号						所 属 名															
職員番号						組 合 員 氏 名															
上記のとおり相違ないことを証明します。						互助組合受付印															
年 月 日																					
所 属 長 名					職印																
資 金 前 渡 職 員 名					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																
	<p>上記のとおり証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">医 療 機 関 名</p> <p style="text-align: center;">医 師 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>																				

(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。

様式第 5 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														
						確認 交通費 領収証															
						診断書ま たは指示	通院証明														
通院旅費補助金請求書																					
通院患者名			組合員との続柄			年齢	歳														
請求理由	(1) 医療機関がない (2) 医療機関はあるが診療科目が開設されていない (3) 医療機関があり診療科目もあるが、医師が常駐していない場合の受診 (4) 島内医師の指示 (5) 島外医師の指示					今回請求 に関する 受診履歴	<input type="checkbox"/> 初診 <input type="checkbox"/> 継続治療 初診 年 月														
	往路 年 月 日 () 港・空港 発			復路 年 月 日 () 港・空港 着																	
<p>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6の規定による通院旅費補助金を請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>所属番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>所 属 名</td> </tr> <tr> <td>職員番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>組 合 員 氏 名 ㊟</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">住 所 〒 (-)</p> <p style="text-align: center;">一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿</p>								所属番号						所 属 名	職員番号						組 合 員 氏 名 ㊟
所属番号						所 属 名															
職員番号						組 合 員 氏 名 ㊟															
島外の医療機関を紹介する島内の医療機関名及び医師氏名及び理由				医療機関名： 医師氏名： ㊟ 理由：																	
通 院 証 明 欄	通院患者名				通院年月日	年 月 日															
	診療科目																				
	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 ㊟																				
上記のとおり確認します。 年 月 日 所 属 長 名 ㊟ 資 金 前 渡 職 員 名 ㊟						互助組合受付印															

※ 大島地区にあっては、医師の指示による通院以外は「最寄りの医療機関」の最大範囲を名瀬までとする。(与論島・沖永良部島は、那覇も可)
 ※ 三島村・十島村は鹿児島・名瀬まで、熊毛地区は鹿児島又は西之表までとする。
 ※ 甕島は串木野・川内まで、獅子島は諸浦又は水俣までとする。
 ※ 交通費(往復)の領収証を添付してください。

様式第 6 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	
休職者給付金請求書								
所属番号					職員番号			傷病名
所属名				職・氏名	・			
給料月額	級 号 円			傷病手当金附加金支給終了の日の翌日				年 月 日
無給休職 発令期間	年 月 日から 年 月 日まで			請求期間	年 月 日から 年 月 日まで			
<p>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 8 の規定による休職者給付金を請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所 属 名</p> <p style="text-align: center;">組 合 員 氏 名 ㊟</p> <p style="text-align: center;">住 所 〒 ()</p> <p style="text-align: center;">一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿</p>								
<p>上記のとおり相違ないこと、及び請求期間において、公立学校共済組合から傷病手当金附加金が支給されなかったことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>所 属 長 名 ㊟</p> <p>資 金 前 渡 職 員 名 ㊟</p>						互助組合受付印		
※ 共 済 組 合 証 明 欄	<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">公立学校共済組合鹿児島支部</p> <p style="text-align: center;">支部長名 ㊟</p> <p style="text-align: center;">一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿</p>							

月別に作成し、請求してください。
※欄は記入しないでください。

※ 給付額算出方法 給料月額 () × 割合 () × 22分の1 = () 給付額 給付日額 () 給付日額 () × 支給日数 () = () 給付額 給付額 () - 控除額 () = () 支払給付額			支給日数 (該当日に○印) () 月分 ()					
			曜日	1	8	15	22	29
			曜日	2	9	16	23	30
			曜日	3	10	17	24	31
			曜日	4	11	18	25	
			曜日	5	12	19	26	
			曜日	6	13	20	27	
			曜日	7	14	21	28	
※ 支給開始日			※ 前回支給分			※ 今回支給分		
年 月 日 から			年 月 日 まで			年 月 日 まで		

※欄は記入しないでください。

様式第7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
介護休暇給付金請求書							
所属名						所属番号	
職名・氏名						職員番号	
給料月額	級 号		円		給料 発令年月日	年 月 日	
日にち単位で介護 休暇発令の場合	年 月 日 から		年 月 日 まで		合 計 () 日 間		
時間単位で介護 休暇発令の場合	年 月 日 時 から		年 月 日 時 まで		合 計 () 時 間		
<p>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9の規定による介護休暇給付金を請求します。</p> <p>年 月 日</p> <p>所 属 名</p> <p>組 合 員 氏 名 ㊟</p> <p>住 所 〒 (-)</p> <p>一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿</p>							
上記のとおり相違ないことを証明します。						互助組合受付印	
<p>年 月 日</p> <p>所 属 長 名 職印</p> <p>資 金 前 渡 職 員 名 ㊟</p>							

※裏面の太線内も記入してください。

※※欄は記入しないでください。

※減額された給料の明細がわかる書類（戻入内訳書）を添付してください。

<p>※ 給付額算出方法</p> <p>◎ 給付基礎額は①と②を比較し小さい額</p> <p>給付額単価 時間数 返納額</p> <p>() × () = () . . . ①</p> <p style="text-align: center;">50銭未満切捨て・50銭以上切上げ</p> <p>給料月額 () ②</p> <p>給付基礎額 割合 給付額</p> <p>() × () = ()</p>	<p>介護休暇の内訳（該当日に○印）</p> <p>() 月分 () 日間 () 時間</p> <p>日にちの下の () 内は時間数</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>曜日</td> <td>1</td> <td>8</td> <td>15</td> <td>22</td> <td>29</td> </tr> <tr> <td></td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>曜日</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>16</td> <td>23</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td></td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>曜日</td> <td>3</td> <td>10</td> <td>17</td> <td>24</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td></td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>曜日</td> <td>4</td> <td>11</td> <td>18</td> <td>25</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>曜日</td> <td>5</td> <td>12</td> <td>19</td> <td>26</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>曜日</td> <td>6</td> <td>13</td> <td>20</td> <td>27</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>曜日</td> <td>7</td> <td>14</td> <td>21</td> <td>28</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td></td> </tr> </table>	曜日	1	8	15	22	29		()	()	()	()	()	曜日	2	9	16	23	30		()	()	()	()	()	曜日	3	10	17	24	31		()	()	()	()	()	曜日	4	11	18	25			()	()	()	()		曜日	5	12	19	26			()	()	()	()		曜日	6	13	20	27			()	()	()	()		曜日	7	14	21	28			()	()	()	()	
曜日	1	8	15	22	29																																																																																
	()	()	()	()	()																																																																																
曜日	2	9	16	23	30																																																																																
	()	()	()	()	()																																																																																
曜日	3	10	17	24	31																																																																																
	()	()	()	()	()																																																																																
曜日	4	11	18	25																																																																																	
	()	()	()	()																																																																																	
曜日	5	12	19	26																																																																																	
	()	()	()	()																																																																																	
曜日	6	13	20	27																																																																																	
	()	()	()	()																																																																																	
曜日	7	14	21	28																																																																																	
	()	()	()	()																																																																																	

※ 給付額単価計算式

$$\frac{\text{報酬・給料} \times 12 \text{月}}{(38.75 \text{時間} \times 52 \text{週}) - (7.75 \times 18)}$$

$$\frac{() \times 12}{1,875.5} = ()$$

※ 給付開始日	※ 前回給付分	※ 今回給付分
年 月 日から	年 月 日まで	年 月 日まで

様式第 8 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															
出 産 補 助 金 請 求 書																						
出 産 者	氏 名			出 産 日	年 月 日																	
	1 互助組員 2 互助組員の配偶者 3 被扶養者 (いずれかを○で囲む)																					
出 産 児 氏 名 及 び 続 柄					続柄 ()																	
※ 両方互助組員の場合は、必ず記入してください。																						
出産補助金を請求しない組合員の所属名・氏名	所属番号						所属名															
	職員番号						氏 名															
<p>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 10 の規定による出産補助金を請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>所属番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>所 属 名</td> </tr> <tr> <td>職員番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>組 合 員 氏 名 ㊟</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">住 所 〒 (-)</p> <p>一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿</p>									所属番号						所 属 名	職員番号						組 合 員 氏 名 ㊟
所属番号						所 属 名																
職員番号						組 合 員 氏 名 ㊟																
上記のとおり相違ないことを証明します。							互助組合受付印															
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>所 属 長 名 職 印</p> <p>資 金 前 渡 職 員 名 ㊟</p>																						

※両方互助組員の場合は、扶養認定を受けようとする方で請求してください。
 ※死産・流産（妊娠13週（85日）以上）の場合は、共済組合に提出の出産費附加金請求書の医師の証明欄をコピーし、添付してください。

様式第9号

専務理事	常務理事	事務局長	部長	係長	係	査定額 ※ 円	給付番号														
災害見舞金請求書																					
(市区町村長，消防署長又は警察署長の証明)																					
※ 罹 災 証 明	罹災者氏名				罹災年月日	年 月 日															
	罹災の場所				損害の程度	1 全壊・焼															
	罹災種別	1. 水害 3. 震災			該当に○印をして ください。	2 半壊・焼															
		2. 火災 4. ()				3 一部壊・焼															
罹災の原因 及びその状況																					
上記のとおり相違ないことを証明する。																					
年 月 日		職 名																			
		氏 名		㊟																	
※ 判 定																					
<p>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11の規定による災害見舞金を請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>所属番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>所 属 名</td> </tr> <tr> <td>職員番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>組 合 員 氏 名</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">住 所 〒 (-)</p> <p style="text-align: center;">一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿</p>								所属番号						所 属 名	職員番号						組 合 員 氏 名
所属番号						所 属 名															
職員番号						組 合 員 氏 名															
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>所 属 長 名</p> <p>資 金 前 渡 職 員 名</p>						<p>互助組合受付印</p> <p style="border: 1px dashed black; display: inline-block; padding: 2px;">職印</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>															

(注) 1 共済組合に災害見舞金を請求している場合は，罹災証明は不要です。
 2 ※印は本人で記入しないでください。

様式第 10 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																		
組合員特別給付金請求書																									
生年月日・年齢		年 月 日生 ・ () 歳																							
加入期間		年 月 日～ 年 月 日・(年 月)																							
<p>私は結婚歴及び出産歴がないことを申し立て、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 12 の規定による組合員特別給付金を請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">所属番号</td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td>所 属 名</td> </tr> <tr> <td>職員番号</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>組合員氏名 ㊟</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">住 所 〒 (-)</p> <p>一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿</p>								所属番号								所 属 名	職員番号								組合員氏名 ㊟
所属番号								所 属 名																	
職員番号								組合員氏名 ㊟																	
<p>上記のとおり相違ないことを確認します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>所 属 長 名 職印</p> <p>資 金 前 渡 職 員 名 ㊟</p>							<p style="text-align: center;">互助組合受付印</p>																		

指定保養施設宿泊利用補助券 申 込 書

1	利用施設名	
2	利用期間	年 月 日 から 年 月 日まで (泊日)

職員番号 <small>(扶養家族のみで利用も記入)</small>	利用者名 (3歳以上のみ記入)	年齢 <small>(3歳以上小学生のみ記入)</small>	組合員	扶養家族
			いずれかに○	

所属名	
申込組合員名	

上記のとおり利用補助券の交付を申請します。

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿

(注意)

- 1 互助組合指定の保養施設(当年度「しおり」の施設一覧表で確認)に, 直接予約をしてから申込んでください。
- 2 利用料金は, 施設に予約の際確認してください。
- 3 補助対象者は満3歳以上です。
- 4 郵送の場合は, 切手を貼った返信用封筒を同封して互助組合へ送付してください。
- 5 利用補助券の事後発行はいたしません。
- 6 記載者のみの使用となります。他人に譲渡はできません。

〒892-0841 鹿児島市照国町1-1番35号
 一般財団法人鹿児島県教職員互助組合
 電話 (099) 225-4555 FAX (099) 222-7750

No. _____

保養施設宿泊利用補助券

〔理事長印なきものは無効〕

1 利用施設名 _____

2 利用期間 _____年 月 日から _____年 月 日まで(泊日)

所 属	職員番号	利 用 者 名	性別	年齢	組合員	扶養 家族

_____年 月 日 発行

施設受付印	一般財団法人 鹿児島県教職員互助組合理事長	印
	補 助 額	検印
	円 泊 円 1,500 × =	

(注意)

- 1 本券の記載者以外での使用はできません。
- 2 本券は、チェックインと同時にフロントに提出し、宿泊者の確認をしてください。
- 3 本券の記載内容に変更があるときは事前に互助組合と施設に連絡してください。
- 4 利用を取り消す場合は、施設に必ず連絡してください。

〒892-0841 鹿児島市照国町11番35号

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合

電話 (099) 225-4555 FAX (099) 222-7750

教職員互助組合 山の家
 公立学校共済組合 海の家 利用券申込書

1 利用施設名 _____

2 利用期間 _____ 年 月 日 から _____ 年 月 日まで (泊日)

所属名	職員番号	利用者氏名		
		(大人) 組合員並びに被扶養のうち中学生以上の者	(小人) 被扶養者のうち満3歳以上小学生以下の者	年齢又は学年

上記のとおり利用券の交付を申請します。

申込人 (代表) 氏名	
-------------------	--

鹿児島県教職員互助組合理事長 殿
 公立学校共済組合鹿児島支部長

- (注) 1 「山の家・海の家」の利用券は開設期間中1人2泊まで利用できます。
 2 「山の家・海の家」の利用券は1泊2食付の宿泊プランのみ有効です。
 3 記載者以外の使用はできません。
 4 補助対象者は、組合員本人と被扶養者で満3歳以上の方です。
 5 利用券の事後発行はしません。
 6 予約取消の場合、期日によってはキャンセル料が発生します。(施設によって異なります。)
 7 3歳未満のお子様宿泊される場合、施設によっては施設使用料が発生する場合があります。

No. _____

教職員互助組合 山の家 利用券
 公立学校共済組合 海の家

1 利用施設名 _____

2 利用期間 _____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで(泊日)

所 属	職 員 番 号	利 用 者 名	組 合 員	扶 養 家 族	年 齢	補 助 単 価	
						互 助 組 合	共 済 組 合

互助組合精算			共済組合精算		
補助単価	泊	金額	補助単価	泊	金額
円		円	円		円
円		円	円		円
円		円	円		円
円		円	円		円
計		円	計		円

発行所印

互助組合理事長



上記のとおり利用券を交付します。

_____年 _____月 _____日 発行

鹿児島県教職員互助組合理事長

公立学校共済組合鹿児島支部長

- (注)
- 1 本券の記載者以外での使用はできません。
 - 2 発行所印及び係印がない利用券は無効です。
 - 3 利用券はチェックインと同時にフロントに提出してください。
 - 4 予約取消の場合、期日によってはキャンセル料が発生します。(施設によって異なります)
 - 5 3歳未満のお子様宿泊される場合、施設によっては施設使用料が発生する場合があります。

特別保養施設利用補助券申請書

下記のとおり利用補助券の交付を申請します。

1 宿泊利用補助券申請

施設コード		利用施設名	
利用期間	年 月 日 ～ 年 月 日 (泊 日)		
職員番号	利用者氏名	続 柄	いずれかに○
		本 人	_____
同伴者			大人 , 小人 <small>(中学生以上)</small>

2 食事利用補助券申請【宿泊を伴う利用ができない場合】

施設コード	000001	利用施設名	ホテルウェルビューかごしま	
利用期間	年 月 日			
職員番号	利用者氏名	続 柄	利用予定人数	
		本 人	大人 <small>(本人含)</small>	名
同伴者のうち1名を記入			小人	名

年 月 日

所 属 名

組 合 員 氏 名

一般財団法人鹿兒島県教職員互助組合理事長殿

(注意)

- 1 利用できる期間は、永年勤続休暇を取得できる当該年度(45歳または55歳時)の1年間とします。
 なお、永年勤続休暇を取得できる45歳時に利用しなかった方は、55歳時に達する年度に利用できるものとし、改めて特別保養施設利用補助券申請書を送付します。
 また、55歳時の当該年度に病気療養中(休職・療養休暇)の方で、特別な事由で利用できなかったときは、本人の申し出により復職または復帰後1年まで延長することができますので、下記延長申請欄を記入し、当該年度の2/1～3/20の間に互助組合へお知らせください。
- 2 利用者は、組合員本人と同伴者1名とします。ただし、食事利用補助券については、限度額内で複数名利用できます。
- 3 利用の際は、直接施設に予約し事前に利用補助券の交付を受けてください。
- 4 郵送で特別保養施設利用補助券申請書を送付するときは、返信用封筒を同封してください。
- 5 他人に譲渡したり、記載者以外の方の利用はできません。

※ 延長申請欄 (注意1参照)	【 受付期間： 当該年度の2月1日から3月20日の間 】
延長申請する理由	

No.

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合

特別保養施設利用補助券

利用施設名

利用期間

所属名	職員番号	利用者氏名	続柄	区分	補助額
				—	
同伴者					

発行日 年 月 日

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長

施設受付印

(注意)

- 1 本券の記載者以外での使用はできません。
- 2 本券は、チェックインと同時にフロントに提出してください。

No.

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合

特別保養施設利用補助券

利用施設名

利用日

所属名	職員番号	利用者氏名	続柄	区分	補助額
				—	
利用予定人数		大人名	小人名		

発行日

年 月 日

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長

食事

施設受付印

(注意)

- 1 本券の記載者以外の使用はできません。
- 2 本券は、チェックインと同時にフロントに提出してください。

様式第 14 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	
余暇活動助成金申請書								
行事名				地区名	() 教育事務所管内			
					() ブ ロ ッ ク			
通知所属数					参加予定人数		名	
実施予定日		年	月	日	運営委員数		名	
開催場所								
余暇活動助成金申請内訳	項 目		品 名			金 額		
	競技会場使用料							
	競技に要する用品							
	損害保険料							
	賞状・トロフィー等							
	救急用具							
	運営委員の旅費・弁当							
	運営に必要な労務員の賃金							
	通信費							
申 請 合 計 額								
上記のとおり申請します。						互助組合受付印		
年 月 日								
開催責任者所属名								
開催責任者氏名						㊟		
会計担当者名						㊟		
一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿								

専務理事	常務理事	事務局長	部長	係長	係

余暇活動実施報告書

行 事 名		地 区 名	教育事務所管内 ブ ロ ッ ク
実 施 期 日	年 月 日	開 催 場 所	
参 加 所 属 数		参 加 人 員	
余暇活動助成金の使途明細	項 目	金 額	備 考
(感 想)			
上記のとおり実施したので報告します。			互助組合受付印
年 月 日			
開催責任者所属名			
開催責任者氏名			印
一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿			

死亡退職関係給付金等申請書					
死亡当時の所属名		所属番号			
組合員氏名		職員番号			
死亡年月日	年 月 日	死亡時年齢	歳		
※ 被扶養者名(申請者である場合は除く)					
<p style="text-align: center;">一般財団法人鹿児島県教職員互助組合の規程に基づき下記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏 名 ⑨</p> <p style="text-align: center;">組合員との続柄 ()</p> <p style="text-align: center;">住 所 〒 (-)</p> <p style="text-align: center;">電 話</p> <p style="text-align: center;">一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿</p>					
申請する給付の種類		送金先 (どちらかに記入)			
1 特別見舞金規程第3条による『組合員弔慰金』の給付及び第4条による『積立金預り金』の還付について	銀行等		ゆうちょ銀行		
	銀行名		(総合通帳)		
	支店名		記号		
2 給付規程第4条による『掛金預り金』の還付について	口座番号(普)		番号		
	フリガナ		フリガナ		
	名義		名義		
<p>(注) 1 戸籍謄本を添えて提出してください。</p> <p>2 送金先の通帳の写し(金融機関名・口座・名義が確認できる箇所)を添えてください。</p> <p>※ 22歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある子及び孫</p>					互助組合受付印

様式第 17 号

削除

様式第 17 号-2

削除

専務理事	常務理事	事務局長	部 長	係 長	係	査定額 ¥	給付番号														
結 婚 祝 金 請 求 書																					
結 婚 年 月 日	年 月 日	配 偶 者 氏 名																			
<p>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17の規定による結婚祝金を請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所 属 名 組 合 員 氏 名 ⑩</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border: 1px solid black;">所属番号</td> <td style="width: 15%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 15%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 15%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 15%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 15%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 15%; border: 1px solid black;">郵便番号 (—)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">職員番号</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;">住 所</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿</p>								所属番号						郵便番号 (—)	職員番号						住 所
所属番号						郵便番号 (—)															
職員番号						住 所															
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所 属 長 名 職印</p> <p style="text-align: center;">資 金 前 渡 職 員 名 ⑩</p>						<p>互助組合受付印</p>															

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																		
<p>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の規定により 職場復帰支援補助金を請求します。</p> <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 20px;"> <tr> <td>所属番号</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>職員番号</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>所 属 名 _____</p> <p>組 合 員 氏 名 _____ ㊟</p> <p>住 所 〒 (-) _____</p> <p>一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿</p>								所属番号						職員番号					
所属番号																			
職員番号																			
上記のとおり相違ないことを確認します。						互助組合受付印													
年 月 日																			
所 属 長 名 _____					職印														
資 金 前 渡 職 員 名 _____					㊟														

※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 互助組合員 2 互助組合員の配偶者 (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 (夫婦で通算 3 回まで請求できます。)																			
※ 両方互助組合員の場合は、必ず記入してください。																					
不妊治療助成金を請求しない組合員の所属名・氏名	所属番号						所属名														
	職員番号						氏名														
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">所属番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>所属名</td> </tr> <tr> <td>職員番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>組合員氏名 ㊟</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">住 所 〒 (-)</p> <p>一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿</p>								所属番号						所属名	職員番号						組合員氏名 ㊟
所属番号						所属名															
職員番号						組合員氏名 ㊟															
<p>※当該不妊治療において、医療保険が全部又は一部適用される場合は、助成金の対象となりません。</p> <p>※不妊治療 (医療保険適用外) 受診証明書 (別記様式 (様式第 20 号関係)) を添付してください。</p>						互助組合受付印															

不妊治療（医療保険適用外）受診証明書

下記の者に係る一般不妊治療及び生殖補助医療については、当該治療に係るすべてが医療保険適用外であったことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

※主治医の先生をご記入ください。

ふりがな				
受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
今回の治療期間		年 月 日 ～		年 月 日

事務式第1号

一般財団法人 鹿児島県教職員互助組合

払込依頼票兼領収書

(払込人氏名及び住所)

事務式第1号

一般財団法人 鹿児島県教職員互助組合

払込通知書

(払込人氏名及び住所)

*** 払込にあたってのお願い ***

- この払込依頼書は、鹿児島銀行の本支店以外では使用できません。
- 必ず期限内に払込んで下さい。
一括償還で指定日までに払込みできない場合はご連絡下さい。
- ※ ご不明の点がありましたら下記にご連絡下さい。

〒 892-0841 鹿児島市照国町11番35号
一般財団法人 鹿児島県教職員互助組合

Tel 099-225-4555
Fax 099-222-7750

内 訳

払込金額		額:千百十万千百十円			
種	互 助 組 合 掛 金				
	特 別 見 舞 金 積 立 金				
	貸 付 償 還 金				
別	生 命 保 険 料				
	そ の 他				

上記金額を_____までに払込んでください。

一般財団法人 鹿児島県教職員互助組合 理事長

受領日付印

上記の金額を領収しました。

<鹿児島銀行取扱店 → 組合員>

キ リ ト リ 線

内 訳

払込金額		額:千百十万千百十円			
種	互 助 組 合 掛 金				
	特 別 見 舞 金 積 立 金				
	貸 付 償 還 金				
別	生 命 保 険 料				
	そ の 他				

一般財団法人 鹿児島県教職員互助組合 理事長

上記金額を鹿児島銀行県行支店(警)839に受入れましたので通知します。

受領日付印

<鹿児島銀行取扱店 → 代理事務センター → 教職員互助組合>

＊ 通 信 欄 ＊

事様式第 2 号

02 福岡										払込取扱票										通常払込料金 加入者負担				
口座番号										百 十 万 千 百 十 番					金 額					千 百 十 万 千 百 十 円				
0 2 0 9 0 0										1 3 7 7 2														
加入者名 一般財団法人鹿児島県教職員互助組合															料 金					特 殊 取 扱				
所属名															互助組合掛金									
職員番号															特別見舞金積立金									
															貸付償還金									
															合 計									
(郵便番号)															払込人住所氏名					受付局日附印				
															(電話番号)									

各票の※印欄は、払込人において記載してください。

裏面の注意事項をお読みください。(郵政事業庁(私製承認 第2635号))
これより下部には何も記入しないでください。

払込票兼受領証

0 2 0 9 0 0										通常払込 料金加入 者負担				
百 十 万 千 百 十 番														
1 3 7 7 2														
加入者名 一般財団法人鹿児島県教職員互助組合														
金 額														
千 百 十 万 千 百 十 円														
※														
払込人住所氏名														
料 金														
受付局日附印														
特 殊 取 扱														

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押してください。
切り取らないで郵便局にお出しください。

医療補助金給付証明書発行申請書

年 月 日

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合

理事長殿

職員番号						
------	--	--	--	--	--	--

所属名

氏名

印

下記のとおり医療補助金給付証明書を必要としますので、発行して下さるよう申請します。

記

※必要とする証明期間

年 月～ 年 月 給付(送金)分

※所属以外(自宅等)の送付先を希望する場合記入してください

あて先 〒

住所

※組合員本人の請求しか認められません。

