

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合の給付に関する事務取扱要領

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合の給付に関する事務取扱要領

(趣 旨)

第1条 この要領は、一般財団法人鹿児島県教職員互助組合（以下「互助組合」という。）給付規程及び特別見舞金規程に基づいて行う給付金の請求、交付等の事務の取扱いについて、必要な事項を定めるものとする。

(給付等請求の締切)

第2条 互助組合給付規程及び特別見舞金規程による給付金の諸請求締切は、毎月の末日とする。ただし、該当日が休日の場合は、その前日とする。

(査定及び給付要領)

第3条 互助組合給付規程及び特別見舞金規程による給付金の請求があったとき理事長は、受付簿に記載し、照合して処理しなければならない。

2 給付規程第3条の9第2項に掲げる介護休暇給付金は、公立学校共済組合の支給する介護休業手当金に基づき査定する。

(掛金預り金、積立金預り金の査定及び還付要領)

第4条 掛金預り金、積立金預り金の査定及び還付については、第3条の規定を準用する。

(給付金等の支給方法)

第5条 給付金等は、請求（申請）者又は給付対象者が口座登録（変更）申請書（事様式第3号）により届け出た本人口座へ送金するものとする。ただし、登録できる金融機関は遺族に送金する場合を除き、次のとおりとする。

- (1) 九州労働金庫
- (2) 鹿児島銀行県庁支店
- (3) ゆうちょ銀行（総合口座に限る。）

2 給付規程第3条の7に掲げる療養見舞金は、前項の本人口座へ送金するものとし、別途送付される「見舞状」と「送金通知書」は所属長が持参するものとする。

また、組合員が死亡したときの掛金預り金、組合員弔慰金及び積立金預り金については、直接遺族に送金するものとする。

(特別保養施設利用補助費の支給)

第5条の2 利用できる施設は、特別保養施設として契約した施設とする。

2 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歳又は55歳のいずれか）の1年間とする。ただし、55歳時の当該年度に病気療養中の者は復職した翌年度まで、国外・県外へ派遣等されている者は派遣等満了日の翌日から1年まで延長することができるものとする。

(過誤納金の処理)

第6条 過誤納金の払戻しは、過誤納金払戻請求書（事様式第5号）により行うものとする。

(被扶養者弔慰金の支給)

第7条 出生後ただちに死亡した被扶養者については、公立学校共済組合が被扶養者認定をした後に処理するものとする。

(医療補助金給付証明書発行申請)

第8条 医療補助金給付証明書発行申請については、医療補助金給付証明書発行申請書（事様式第13号）により行うものとする。

附 則

この要領は、平成26年4月1日から実施する。

附 則

この要領は、平成28年4月1日から実施する。

附 則

この要領は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和4年6月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和6年4月1日から施行する。



口座登録(変更)申請書

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿

下記のとおり、各給付金等の受取先口座登録を【新規・変更】申請いたします。

申請年月日 年 月 日

職員番号	氏名	所属番号	所属名

金融機関コード	金融機関名	支店コード・記号	支店名

↑ 九州労働金庫を選択の場合 「2990」
↑ 支店コード・記号は右詰でご記入ください。
↑ ゆうちょ銀行を選択の場合、支店名の記入は必要ありません
鹿児島銀行県庁支店を選択の場合 「0185」をご記入ください。
↑ ゆうちょ銀行を選択の場合 「9900」

口座種別	口座番号	口座名義(カタカナでご記入ください)

↑ 普通預金の場合は 「1」
↑ 口座番号は右詰でご記入ください。
ゆうちょ銀行の場合は 「9」

※ 退職後も引き続き使用する場合がありますので、口座登録の変更が完了するまで解約しないこと。

【貼付箇所】

預金通帳・キャッシュカード・web口座のスクリーンショット等の支店名・口座番号・口座名義の記載箇所をコピーし、ここへ貼付してください。
(ゆうちょ銀行の場合は、記号・番号の記載箇所をコピーしてください。)

登録できる金融機関及び口座は、

- ・九州労働金庫各支店の普通預金口座
- ・鹿児島銀行は、県庁支店の普通預金口座
- ・ゆうちょ銀行の総合口座

の以上3種類です。

互助組合照合欄	

事様式第 4 号

削除

事様式第 5 号

専務理事	常務理事	事務局長	部長	係長	係

過 誤 納 金 払 戻 請 求 書

請 求 額 円 円也

内 訳	金 額	払 戻 事 由	送 金 先	
掛 金			金融機関名	
			支 店 名	
積 立 金			口 座 番 号	普通No.
貸付金償還金			フリカゝナ	
			名 義	

上記のとおり請求します。

年 月 日

所 属 名

氏 名

Ⓜ

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿

上記のとおり確認します。

年 月 日

所 属 長 名

職印

資 金 前 渡 職 員 名

Ⓜ

