

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 発			復 路 () 港・空港 発		

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
	上記のとおり証明します。			年 月 日 まで
		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。
- 3 所属所が離島以外で、離島に居住している場合は、住民票(写しでも可)を添付してください。