

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	(組合員及び組合員と同居する被扶養者が対象)	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の規定による入退院旅費補助金を請求します。

年 月 日

所属番号						所 属 名
職員番号						

組合員氏名 ⑩

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。	互助組合受付印

年 月 日

所 属 長 名 職印

資 金 前 渡 職 員 名 ⑩

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 ⑩

(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。