

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、給料月額の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（届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある者及びパートナーシップを形成した者を含む。）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。
- 4 本規程においてパートナーシップとは，互いを人生のパートナーとして，日常生活において相互に責任をもって協力し合うことを約束した一方又は双方が性的少数者（性的指向が異性愛のみではない者又は性自認が出生時に割り当てられた性別と異なる者をいう。）である2人の関係をいい，次の各号のいずれにも該当する者とする。
 - (1) パートナーシップを形成している双方（以下，「双方」という。）が民法（明治29年法律第89号）に規定している成年に達していること。
 - (2) 双方に配偶者（届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある者及びパートナーシップを形成した者を含む。）がいないこと。
 - (3) 双方の関係が民法第734条から第736条までに規定する婚姻をすることができないとされている者同士の関係（パートナーシップに基づき養子縁組をしていること又は養子縁組をしていたことにより当該関係に該当する場合を除く。）にないこと。

(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。
- 4 結婚とは婚姻届を提出したもの以外に、届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあるもの及びパートナーシップを形成したものをいう。(以下、「結婚」という。)

(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) 指定保養施設にあつては、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) 湯治旅館にあつては、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・海の家にあつては、1泊につき大人3,300円(単独組合員にあつては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つては、3,300円)とする。
 - (2) 指定保養施設にあつては、1泊につき1,500円(満3歳以上)とする。
 - (3) 湯治旅館にあつては、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 組合員が、配偶者（届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある者及びパートナーシップを形成した者を含む。）間で行う医療保険が適用されない一般不妊治療（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。）を受けたときは、助成金を給付する。

2 上記の助成は、当該配偶者（届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある者及びパートナーシップを形成した者を含む。）間で行われた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。

附 則

この規程は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。

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 ※健診希望の科目に○印をつけてください。		1 泊ドック				4 女性ドック																			
		2 一日ドック				5 脳ドック																			
		3 一日ドック・女性科追加				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																			
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。 年 月 日 <table><tr><td>所属番号</td><td></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></td><td>組合員氏名</td></tr></table> 一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿										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																			

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		〒 ー TEL（ ）																					
希望健診名 ※健診希望の科目に○印をつけてください。		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																	
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。 年 月 日 <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 5px;">所属番号</td> <td style="width: 20px; height: 25px;"></td> <td style="width: 20px; height: 25px;"></td> <td style="width: 20px; height: 25px;"></td> <td style="width: 20px; height: 25px;"></td> <td style="width: 20px; height: 25px;"></td> <td style="width: 20px; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">職員番号</td> <td style="width: 20px; height: 25px;"></td> <td style="width: 20px; height: 25px;"></td> <td style="width: 20px; height: 25px;"></td> <td style="width: 20px; height: 25px;"></td> <td style="width: 20px; height: 25px;"></td> <td style="width: 20px; height: 25px;"></td> </tr> </table> 所 属 名 組 合 員 氏 名 一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿										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証明します。 年 月 日 所 属 長 名 職 印						互助組合受付印																	

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															
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。 年 月 日 <table><tr><td>所属番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td rowspan="2">所 属 名 組合員氏名 郵便番号 (-) 住 所 一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿</td></tr><tr><td>職員番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 所 属 長 名 職印 資 金 前 渡 職 員 名 印				所属番号							所 属 名 組合員氏名 郵便番号 (-) 住 所 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						
所属番号							所 属 名 組合員氏名 郵便番号 (-) 住 所 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																		
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 職印 資 金 前 渡 職 員 名 印		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 ㊟

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

資 金 前 渡 職 員 名

職印

㊟

入 院 証 明 欄	入院患者名		入院期間	年 月 日 から
				年 月 日 まで
	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。
 - 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。

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	
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	☐ 初 診 ☐ 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 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 6 の規定 による通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 住 所 〒 () 一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿											
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			
				職印							

※ 大島地区にあつては、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。
※ 甌島は串木野・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。
※ 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。
※ □欄は、該当する方にチェックを入れてください。

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									

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。

年 月 日

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

⑩

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生給されなかったことを証 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

※ 共 済 組 合 証 明 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。
	年 月 日
	公立学校共済組合鹿児島支部
	支部長名

職印

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿

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 $\frac{\text{給料月額}}{(\quad)} \times \frac{\text{割合}}{(\quad)} \times 22\text{分の1} = \frac{\text{給付額}}{\text{給付日額}} (\quad)$ $\frac{\text{給付日額}}{(\quad)} \times \frac{\text{支給日数}}{(\quad)} = \frac{\text{給付額}}{(\quad)}$ $\frac{\text{給付額}}{(\quad)} - \frac{\text{控除額}}{(\quad)} = \frac{\text{支払給付額}}{(\quad)}$			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	※ 円	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	給 料 月 額	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						

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。

年 月 日

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。	互助組合受付印
年 月 日	
所 属 長 名	職印
資 金 前 渡 職 員 名	

※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。

※

給付額算出方法

◎ 給付基礎額は①と②を比較し小さい額

給付額単価 時 間 数 返 納 額

() × () = () . . . ①

50銭未満切捨て・50銭以上切上げ

給料月額 () ②

給付基礎額 割 合 給付額

() × () = ()

介護休暇の内訳（該当日に○印）

() 月分 () 日間 () 時間

日にちの下の () 内は時間数

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

報酬・給料 × 1 2 月

(38.75時間 × 52週) - (7.75 × 18)

() × 1 2

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 請求者本人 2 請求者の配偶者 3 被扶養者 (いずれかを○で囲む)					

出 産 児 氏 名 及 び 続 柄			続柄 ()		
-------------------	--	--	-----------------------------	--	--

※ 両方互助組合員の場合は、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	

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。

年 月 日

所属番号							所 属 名	
職員番号							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	互助組合受付印
	職印 Ⓜ

※両方互助組合員の場合は、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

[illegible]

(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。

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)

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。

年 月 日

所属番号							所 属 名
職員番号							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確認します。 年 月 日 所 属 長 名 資 金 前 渡 職 員 名 職印 ㊟	互助組合受付印

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 (扶養家族のみで利用も記入)							利用者名 (3歳以上のみ記入)	年齢 (3歳以上小学生のみ記入)	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

保養施設宿泊利用補助券

No. _____

（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	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
公立学校共済組合

山の家
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。

申込者 (代表) 氏名	
-------------------	--

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

殿

(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歳未満のお子様が宿泊される場合、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 (中学生以上)

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 (本人含)	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

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長殿

(注意)

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。 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							互助組合受付印		

(注) 大会開催案内等の文書と助成金の受取金融機関の通帳の写しを添付してください。

様式第 14 号－2

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。 年 月 日 開催責任者所属名 開催責任者氏名 ⑥ 一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿			互助組合受付印

退職関係給付金等申請書																																		
退 職 年 月 日	年 月 日	所 属 番 号																																
生 年 月 日	年 月 日（ 歳）	職 員 番 号																																
退 職 時 の 所 属 名																																		
退 職 後 の 住 所		〒（ — ）		電 話 ・ 携 帯 電 話 — — — —																														
一般財団法人鹿児島県教職員互助組合の給付規程第4条による『退職生業資金』及び特別見舞金規程第4条による『積立金預り金』の還付を申請します。 また、退職互助規程第2条による『退職互助事業』を利用する場合は、積立金預り金から拠出金を差引くことに同意します。 一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿 年 月 日 氏 名 _____ 印																																		
退職互助規程第2条による『退職互助事業』の利用について(希望の項目に○印) () 希 望 し ま す 以下ご記入ください () 希 望 し ま せ ん 以下の記入は不要です 1 身体障害者の認定について () 受 け て い な い () 受 け て い る 等級 () 級 (注) 退職互助規程第6条により、身体障害者1・2級の認定を受けている方は、市町村から医療費助成金があるため医療補助金は給付されません。 2 配偶者について <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 20%;">フリガナ</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 20%;">生 年 月 日</td> <td style="width: 30%;">電 話 番 号</td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> <td></td> <td>年 月 日</td> <td>— —</td> </tr> </table> 3 縁故者について <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 20%;">フリガナ</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 10%;">続 柄</td> <td style="width: 30%;">住 所</td> <td style="width: 20%;">電 話 番 号</td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> <td></td> <td></td> <td>〒(—)</td> <td>— —</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td></td> <td>続 柄</td> <td></td> <td>電 話 番 号</td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> <td></td> <td></td> <td>〒(—)</td> <td>— —</td> </tr> </table>							フリガナ		生 年 月 日	電 話 番 号	氏 名		年 月 日	— —	フリガナ		続 柄	住 所	電 話 番 号	氏 名			〒(—)	— —	フリガナ		続 柄		電 話 番 号	氏 名			〒(—)	— —
フリガナ		生 年 月 日	電 話 番 号																															
氏 名		年 月 日	— —																															
フリガナ		続 柄	住 所	電 話 番 号																														
氏 名			〒(—)	— —																														
フリガナ		続 柄		電 話 番 号																														
氏 名			〒(—)	— —																														
(注) 1 申請書に記載の連絡先等が変更になる場合は、「退教互諸変更届(退様式第1号)」を提出してください。 2 配偶者は、保養施設利用補助の対象者として登録します。配偶者が互助組合員または被扶養者でない場合も記入してください。 3 縁故者欄は、住所変更等により連絡がとれない場合に消息を知るためのものです。 なるべく住所変更の生じない方を記入してください。				受 付 印																														

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)									
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。 年 月 日 申 請 者 氏 名 ㊞ 組合員との続柄 () 住 所 〒 (ー) 電 話 一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿									
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			
(注) 1 戸籍謄本を添えて提出してください。						互助組合受付印			
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。									
※ 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									

様式第 17 号

削除

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	
-----------	-------	-----------	--

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。

年 月 日

所 属 名

組合員氏名

⑩

所属番号						郵便番号（ — ）
職員番号						

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

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								
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。									
所属番号							所 属 名		
職員番号							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	
								㊟	

※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。

様式第 20 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	

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	

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。

年 月 日

所属番号							所 属 名
職員番号							組 合 員 氏 名

住 所 〒（ ー ）

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿

※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。 ※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。	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

※主治医の先生がご記入ください。

受診者	ふ り が な 氏 名	ふ り が な 氏 名
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	

一般財団法人 虎見島果教職員互助組合

私 込 通 知 書

〈払込人氏名及び住所〉

(記入氏名及び住所)

*** 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ては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

井戸・土井・線

払込金額		億	千	百	十	千	百	十	千
互	助	組	合	掛	金				
特	別	見	銀	金	積	立	金		
貸	付	償	還	金					
生	命	保	険	料					
そ	の								

上記金額を_____までに払込んでください。

一經財團法人虎兒島果教職員互助組合理事長

要領目録	
------	--

上記の金額を領収しました。

<鹿児島銀行取扱店 → 組合員>

* 隱 信 實 *

		額					
		億	千	百	十	万	千
	払込金額						
	互助組合掛金						
	特別見舞金積立金						
	貸付償還金						
	生命保険料						
	その他						

一般財団法人虎見島果教職員互助組合理事長 殿

上記金額を鹿児島銀行支店（普）839に受入れましたので通知します。

要項目付別	
-------	--

＜鹿児島銀行取扱店 → 代理事務センター → 教職員互助組合＞

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		円															
020900						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					
所属名												料		金																			
職員番号												金		額																			
通 信 欄												互助組合掛金																					
												特別見舞金積立金																					
												貸付償還金																					
												合 計																					
(郵便番号)												受		付		局		日		附		印											
払込人住所氏名												金		額																			
(電話番号)																																	

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

020900												通常払込 料金加入 者負担																			
口座番号						百		十		万		千		百		十		円													
020900						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												金		額																	
受付局日附印												金		額																	
受付局日附印												金		額																	

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。

