

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 <small>(組合員及び組合員と同居する被扶養者が対象)</small>	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。	互助組合受付印
年 月 日	
所 属 長 名	職印
資 金 前 渡 職 員 名	Ⓜ

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。