

# 一般財団法人鹿児島県教職員互助組合退職互助規程



# 一般財団法人鹿児島県教職員互助組合退職互助規程

## 第1章 総 則

### (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運営規則第17条第4号に定める退職組合員の福利厚生事業（以下「退職互助事業」という。）の実施につき必要な事項を定めるものとする。

## 第2章 継続組合員

### (継続組合員)

第2条 10年以上の組合員期間を有する者で、55歳以上の組合員が退職し、その退職の日から2か月以内に退職互助事業を利用することを希望する旨を申し出たときは、第6条に規定する給付の対象者（以下「継続組合員」という。）となることができる。

2 前項に規定する希望の申し出は、退職関係給付金等申請書（給付規程様式第15号）によるものとする。

3 継続組合員になろうとする者は、次の表に掲げる拠出金を納入しなければならない。

| 年齢による区分             | 拠出金の額     |
|---------------------|-----------|
| 退職時点で 65 歳以上        | 200,000 円 |
| 退職時点で 64 歳以上 65 歳未満 | 220,000 円 |
| 退職時点で 63 歳以上 64 歳未満 | 240,000 円 |
| 退職時点で 62 歳以上 63 歳未満 | 260,000 円 |
| 退職時点で 61 歳以上 62 歳未満 | 280,000 円 |
| 退職時点で 60 歳以上 61 歳未満 | 300,000 円 |
| 退職時点で 59 歳以上 60 歳未満 | 320,000 円 |
| 退職時点で 58 歳以上 59 歳未満 | 340,000 円 |
| 退職時点で 57 歳以上 58 歳未満 | 360,000 円 |
| 退職時点で 56 歳以上 57 歳未満 | 380,000 円 |
| 退職時点で 55 歳以上 56 歳未満 | 400,000 円 |

4 前項の拠出金は、一般財団法人鹿児島県教職員互助組合特別見舞金規程第4条に規定する積立金預り金をもって充て、不足額については別途納入しなければならない。

### **(資格の発生)**

第3条 継続組合員としての権利は、退職した日の翌日から発生するものとする。

### **(資格の喪失)**

第4条 継続組合員が次の各号の一に該当したときは、当該事由の発生した日の翌日からその資格を失う。

- (1) 死亡したとき
- (2) 75歳に達したとき
- (3) その他理事会が継続組合員として適当でないと認めたとき

### **(異動報告)**

第5条 継続組合員は、氏名、住所、送金口座等登録事項に異動のあったときは、速やかに退教互諸変更届（退様式第1号）を理事長に提出しなければならない。

## 第3章 給 付

### **(給付の種類)**

第6条 給付の種類は、次のとおりとする。

- (1) 医療補助金
- (2) 障害見舞金
- (3) 死亡弔慰金
- (4) 保養施設利用補助金
- (5) その他理事会が適当と認めた給付

### **(医療補助金)**

第6条の2 継続組合員が健康保険法の定めにより疾病又は負傷により治療を受けたとき、医療補助金を給付する。ただし、公費負担の対象となる分は除くものとする。

- 2 医療補助金の額は、継続組合員が加入する医療保険制度において、保険対象医療費総額に対する自己負担分並びに自己負担分に相当する額から1,000円を控除した額に60%を乗じた額とする。ただし、一部負担金払戻金及び高額療養費を受けた額を除くものとする。なお、70歳未満は所得区分「エ」、70歳以上は所得区分「一般」を基準とし、これより高い所得区分であっても自己負担限度額は所得区分「エ」「一般」と同額と見なす。また、給付1件につき100円未満の端数があるときは、その端数は切り捨てる。
- 3 医療補助金を受けようとするときは、医療補助金請求書（退様式第2号）

に、医療機関の診療報酬請求明細書に基づく医療機関領収内訳（退様式第4号）または、医療機関の発行する領収書を添えて、理事長に提出しなければならない。ただし、医療機関の発行する領収書を添付した場合は、診療報酬請求明細書毎に査定し、給付する。

なお、再任用による公立学校共済組合員並びに公立学校共済組合員の任意継続組合員にあっては、医療機関の診療報酬請求明細書に基づいて算定し、給付する。

### （障害見舞金）

第6条の3 継続組合員が1・2級の身体障害者手帳の交付を受け、医療補助金を受けられないこととなったときは、障害見舞金を給付する。

2 障害見舞金の額は、次の表に定めるところによる。

| 加 入 期 間    | 金 額      |
|------------|----------|
| 加入後1年以内の者  | 150,000円 |
| 加入後2年以内の者  | 100,000円 |
| 加入後3年以内の者  | 50,000円  |
| 加入後3年を超えた者 | 20,000円  |

3 障害見舞金を受けようとする者は、見舞金請求書（退様式第5号）に身体障害者であることを証明する書類を添えて理事長に提出しなければならない。

### （死亡弔慰金）

第6条の4 継続組合員が死亡したときは、遺族に死亡弔慰金を給付する。

2 死亡弔慰金の額は、次の表に定めるところによる。

| 加 入 期 間    | 金 額      |
|------------|----------|
| 加入後1年以内の者  | 150,000円 |
| 加入後2年以内の者  | 100,000円 |
| 加入後3年以内の者  | 50,000円  |
| 加入後3年を超えた者 | 30,000円  |

3 死亡弔慰金の給付を受けようとする者は、弔慰金請求書（退様式第6号）に死亡を証明する書類を添えて理事長に提出しなければならない。

### （保養施設利用補助金）

第6条の5 継続組合員及びその配偶者（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。)が、互助組合の指定する次に掲げる保養施設を利用したときは、保養施設利用補助金を給付する。

- (1) 山の家・海の家
- (2) 指定保養施設
- (3) 湯治旅館

2 補助金の額、限度及び申込みの手続きについては、現職組合員の例に準じ別に定める。

3 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。

#### **（給付の制限）**

第7条 次の各号の一に該当する場合は、第6条に定める給付の一部又は全部を行わないことができる。

- (1) 請求又は受領に関して偽り、その他不正の行為があったとき。
- (2) その他理事会が給付を適当でないと認めたとき。

#### **（給付の決定等）**

第8条 理事長は、給付の請求を受けたときは、提出された書類を審査のうえ給付する。

2 理事長は、前項の審査を行った場合において、給付することが適当でないと認めたときは、給付しない旨及びその理由を請求者に通知するものとする。

#### **（権利の消滅）**

第9条 給付を受ける権利は、その原因である事実が発生した日から3年以内に請求しなかったときは、消滅する。ただし、死亡弔慰金・障害見舞金につ

いてはこの限りではない。

#### **(災害時の特例)**

第10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。

### **第4章 退教互給付事業会計**

#### **(財 源)**

第11条 この事業に要する経費は、次に掲げる財源で運用する。

- (1) 継続組合員の拠出金
- (2) 他経理からの振替金
- (3) 利息その他の収入

#### **(会 計)**

第12条 この事業の会計は、会計処理規程に基づいて行わなければならない。

#### **(財政の見直し)**

第13条 理事長は、この事業の財政の健全を図るため、毎年財政の見直しを行い、評議員会に報告しなければならない。

### **第5章 雑 則**

#### **(細則の制定)**

第14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**

この改正規程は、平成30年4月1日から施行する。

#### **附 則**

この改正規程は、平成30年8月1日から施行する。

#### **附 則**

この改正規程は、平成31年4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 改正後の第2条第1項の規定の適用については、同項中「55歳」を次表の左欄に掲げる期間に応じそれぞれ同表の右欄に掲げる年齢とする。

| 期間                          | 年齢  |
|-----------------------------|-----|
| 令和4年4月1日から<br>令和5年3月31日まで   | 50歳 |
| 令和5年4月1日から<br>令和7年3月31日まで   | 51歳 |
| 令和7年4月1日から<br>令和9年3月31日まで   | 52歳 |
| 令和9年4月1日から<br>令和11年3月31日まで  | 53歳 |
| 令和11年4月1日から<br>令和13年3月31日まで | 54歳 |

- 3 前項の場合において、第2条第3項の表に次の表を追加する。

| 年齢による区分         | 拠出金の額    |
|-----------------|----------|
| 退職時点で54歳以上55歳未満 | 420,000円 |
| 退職時点で53歳以上54歳未満 | 440,000円 |
| 退職時点で52歳以上53歳未満 | 460,000円 |
| 退職時点で51歳以上52歳未満 | 480,000円 |
| 退職時点で50歳以上51歳未満 | 500,000円 |

- 4 改正後の令和4年4月1日から令和5年3月31日までの期間における第6条の2第2項の規定の適用については、同項中「60%」を「70%」とする。

## 附 則

この規程は、令和4年6月1日から施行し、改正後の退職互助規程に規定する退様式第3号は、令和4年4月1日から適用する。

## 附 則

この規程は、令和6年4月1日から施行する。

## 附 則

この規程は、令和7年4月1日から施行する。

## 附 則

この規程は、令和8年4月1日から施行する。

退 教 互 諸 変 更 届

退様式第 1 号

|         |   |  |  |  |  |   |      |  |
|---------|---|--|--|--|--|---|------|--|
| 継続組合員番号 |   |  |  |  |  |   | フリガナ |  |
| 加 入 年 月 | 年 |  |  |  |  | 月 | 氏 名  |  |

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿

下記のとおり変更しましたのでお届けします。

|             |   |   |     |    |
|-------------|---|---|-----|----|
| 1 住所の変更（変更日 |   | 年 | 月   | 日） |
| 〒           | - |   | Tel | -  |
| フリガナ        |   |   |     |    |
| 新住所         |   |   |     |    |

|             |   |   |    |
|-------------|---|---|----|
| 2 氏名の変更（変更日 | 年 | 月 | 日） |
| 旧           |   |   |    |
| フリガナ        |   |   |    |
| 新           |   |   |    |

|               |    |    |      |    |                    |  |
|---------------|----|----|------|----|--------------------|--|
| 3 送金口座の変更（変更日 |    | 年  | 月    | 日） | 通帳等※のコピーを添付してください。 |  |
| 銀行・金庫         |    | 支店 | 口座番号 |    |                    |  |
| ゆうちょ銀行        | 記号 |    | 番号   |    |                    |  |

|     |         |
|-----|---------|
| 通信欄 | 互助組合受付印 |
|     |         |

※ 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

退様式第2号

退様式第2号

医療補助金請求書

太線の枠内を記入してください。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 継続組合員番号<br>(現職時の職員番号)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |  |  |  |  |  | 1 加入保険の種類及び補助制度(○印)<br>A 国民健康保険<br>C 全国健康保険協会(協会けんぽ)<br>D 私立学校振興共済<br>E 市町村共済組合<br>F その他 (保険名 )<br>X 公立学校共済組合 家族<br><br>公的機関・保険者等からの補助制度 ( 有 無 ) |
| 生 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 年 月 日 ( 歳 ) |  |  |  |  |  | 2 該当者のみ記入(○印)<br>(1) 身体障害者手帳受給 ( 級 )<br>市町村からの補助又は返戻金 ( 有 無 )<br>(2) 後期高齢者医療制度の適用 ( 有 無 )                                                        |
| 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 〒           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                  |
| 電 話 番 号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | -           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                  |
| 加 入 保 険 の                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | (記号) (番号)   |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                  |
| 記 号 ・ 番 号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                  |
| 所得区分(○印)<br>70歳未満 ( ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ) 70歳以上 ( 現役並み所得者 ・ 一般 ・ 住民税非課税等 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                  |
| 一般財団法人鹿児島県教職員互助組合退職互助規程第6条の規定による医療補助金を請求します。<br>年 月 日<br>氏名 ④<br>一般財団法人 鹿児島県教職員互助組合理事長 殿                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                  |
| <p>※ 互助組合では所得区分が把握できませんので、裏面を参照してご記入ください。<br/>(所得区分がわからない方は、保険者へお問い合わせください。)</p> <p>※ 「医療機関領収内訳(ピンクの用紙)」または、医療機関の発行する「領収書(写し可)」を添付してください。</p> <p>※ 医療機関の発行する「領収書」について<br/>・療養者氏名・保険種別・保険点数・患者自己負担額の確認できるものとします。<br/>・「領収書」が複数枚の場合は、必ず1か月分をまとめて提出してください。原則追加の受付けはしません。<br/>(上記領収書で請求する場合は、「医療機関領収内訳(ピンクの用紙)」は提出不要)</p> <p>※ 身体障害者1・2級の認定を受け、医療補助金を受けられないこととなったときは、見舞金がありますのでお知らせください。</p> <p>※ 70歳未満所得区分「ア」「イ」「ウ」の方は、「エ」、70歳以上所得区分「現役並み所得者」の方は「一般」とみなし高額療養費を取扱いますのでご了承ください。(平成30年8月診療分から適用)</p> <p>※ 領収書に「前回未収金」の記載がある場合は、医療機関で診療日と保険点数を記入してもらい提出してください。記入がない場合は、計算対象としません。</p> |             |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                  |

## 退様式第 4 号

＜医療機関へのお願い＞

・保険適用の自己負担分について補完給付を受けるためのものです。下記事項の記入について格段の御配慮をお願いします。

※ 月毎、レセプト毎（医科・歯科別）に記入してください。（保険外や食事一部負担は除く）

※ 公費負担等がある場合は、備考欄に記入してください。

|       |                                                          |      |                |         |         |                                                                                                                                     |
|-------|----------------------------------------------------------|------|----------------|---------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 療養者氏名 |                                                          |      | 被保険者証<br>記号・番号 |         |         | 保険種別（○印をしてください。）<br>A 国民健康保険<br>C 全国健康保険協会（協会けんぽ）<br>D 私立学校振興共済（１現職２任継）<br>E 市町村共済組合（１現職２任継）<br>F その他企業保険等（保険名）                     |
|       | 医療機関<br><br>診療科目<br><br>調剤薬局<br><br>整骨院<br><br>備考（公費等記入） | 入院年月 | 診療年<br>月       | 点       | 円       | <div style="text-align: center;">医療機関の所在地・名称</div><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><div style="text-align: right;">(印)</div> |
|       |                                                          | 外来   | 年月             | 点       | 円       |                                                                                                                                     |
|       |                                                          |      | 年月             | 点       | 円       |                                                                                                                                     |
|       |                                                          |      | 年月             | 総額<br>円 | 円       |                                                                                                                                     |
|       |                                                          |      |                |         |         |                                                                                                                                     |
|       |                                                          |      |                |         |         |                                                                                                                                     |
|       |                                                          |      |                |         | ☎       |                                                                                                                                     |
|       |                                                          |      |                |         | 医療機関コード |                                                                                                                                     |

＜医療機関へのお願い＞

・保険適用の自己負担分について補完給付を受けるためのものです。下記事項の記入について格段の御配慮をお願いします。

※ 月毎、レセプト毎（医科・歯科別）に記入してください。（保険外や食事一部負担は除く）

※ 公費負担等がある場合は、備考欄に記入してください。

|                  |                |      |         |                |  |                                                                                                                 |
|------------------|----------------|------|---------|----------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 療養者氏名            |                |      |         | 被保険者証<br>記号・番号 |  | 保険種別（○印をしてください。）<br>A 国民健康保険<br>C 全国健康保険協会（協会けんぽ）<br>D 私立学校振興共済（１現職２任継）<br>E 市町村共済組合（１現職２任継）<br>F その他企業保険等（保険名） |
| 医療機関<br>領収内<br>訳 |                | 診療年月 | 保険総点数   | 患者負担額          |  | 医療機関の所在地・名称<br><br><br><br><br><br><br>⑧                                                                        |
|                  | 病科<br>入院<br>外来 | 年 月  | 点       | 円              |  |                                                                                                                 |
|                  |                | 年 月  | 点       | 円              |  |                                                                                                                 |
|                  | 調剤薬局           | 年 月  | 点       | 円              |  |                                                                                                                 |
|                  | 整骨院            | 年 月  | 総額<br>円 | 円              |  |                                                                                                                 |
|                  | 備考（公費等記入）      |      |         |                |  |                                                                                                                 |
|                  |                |      |         | 医療機関コード        |  |                                                                                                                 |

＜医療機関へのお願い＞

・保険適用の自己負担分について補完給付を受けるためのものです。下記事項の記入について格段の御配慮をお願いします。

※ 月毎、レセプト毎（医科・歯科別）に記入してください。（保険外や食事一部負担は除く）

※ 公費負担等がある場合は、備考欄に記入してください。

|                  |       |            |         |                                                                                                                                |                            |             |
|------------------|-------|------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|
| 療養者氏名            |       | 被保険者証記号・番号 |         | 保険種別 (○印をしてください。)                                                                                                              |                            |             |
| 医療機関<br>領収<br>内訳 | 診療年月  | 保険総点数      | 患者負担額   | A 国民健康保険                                                                                                                       |                            |             |
|                  |       |            |         | C 全国健康保険協会 (協会けんぽ)                                                                                                             |                            |             |
|                  | 病(入院) | 年 月        | 点       | 円                                                                                                                              | D 私立学校振興共済 ( 1 現 職 2 任 継 ) |             |
|                  |       |            |         |                                                                                                                                | E 市町村共済組合 ( 1 現 職 2 任 継 )  |             |
|                  | 病(外来) | 年 月        | 点       | 円                                                                                                                              | F その他企業保険等 ( 保険名 )         |             |
|                  |       |            |         |                                                                                                                                |                            |             |
|                  | 調剤薬局  |            | 年 月     | 点                                                                                                                              | 円                          | 医療機関の所在地・名称 |
| 整骨院              |       | 年 月        | 総額<br>円 | 円                                                                                                                              |                            |             |
| 備考 ( 公費等記入 )     |       |            |         |                                                                                                                                |                            |             |
|                  |       |            |         | <div style="text-align: center;">  </div> |                            |             |
|                  |       |            |         | 医療機関コード                                                                                                                        |                            |             |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

見 舞 金 請 求 書

|      |   |
|------|---|
| ※査定額 | 円 |
|------|---|

|                        |             |    |                                  |          |       |          |  |  |  |
|------------------------|-------------|----|----------------------------------|----------|-------|----------|--|--|--|
| 組 合 員 氏 名              |             |    | 継続組合員番号                          |          |       |          |  |  |  |
| 身 体 障 害 者<br>認 定 年 月 日 | 年 月 日       |    |                                  | 年 齢      |       | 歳        |  |  |  |
| ※ 加 入 年 月              | 年 月         |    | 1 年以内・1 年超 2 年以内・2 年超 3 年以内・3 年超 |          |       |          |  |  |  |
| 住 所                    | 〒           |    |                                  |          | (電話)  |          |  |  |  |
| 送<br>金<br>先            | 銀行 支店<br>金庫 |    |                                  | 口座<br>番号 | 普通No. | フリガナ     |  |  |  |
|                        | ゆうちょ銀行      | 記号 |                                  | 番号       |       | 口座<br>名義 |  |  |  |

上記のとおり関係書類を添付して請求します。

年 月 日

組合員氏名 ⑩

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿

|                                          |     |
|------------------------------------------|-----|
| 身体障害者手帳(写し)等を添付してください。<br>※印は記入しないでください。 | 受 付 |
|------------------------------------------|-----|

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

弔 慰 金 請 求 書

※査定額 円

|       |   |         |                                  |     |   |  |  |  |
|-------|---|---------|----------------------------------|-----|---|--|--|--|
| 組合員氏名 |   | 継続組合員番号 |                                  |     |   |  |  |  |
| 死亡年月日 | 年 | 月       | 日                                | 年 齢 | 歳 |  |  |  |
| ※加入年月 | 年 | 月       | 1 年以内・1 年超 2 年以内・2 年超 3 年以内・3 年超 |     |   |  |  |  |

|             |          |    |    |          |       |          |  |
|-------------|----------|----|----|----------|-------|----------|--|
| 請求者氏名       |          |    |    | 続 柄      |       |          |  |
| 住 所         | 〒        |    |    |          | (電話)  |          |  |
| 送<br>金<br>先 | 銀行<br>金庫 |    | 支店 | 口座<br>番号 | 普通No. | フリガナ     |  |
|             | ゆうちょ銀行   | 記号 |    | 番号       |       | 口座<br>名義 |  |

上記のとおり関係書類を添付して請求します。

年 月 日

請求者氏名



一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿

除籍した戸籍謄本又は、死体埋火葬許可証（写しでも可）  
及び請求者の送金口座の通帳の写し等を添付してください。  
※印は記入しないでください。

受 付



指定保養施設宿泊利用補助券申込書

No. \_\_\_\_\_

|   |       |                      |
|---|-------|----------------------|
| 1 | 利用施設名 | _____                |
| 2 | 利用期間  | 年 月 日から 年 月 日まで(泊 日) |

| 継続組合員番号 | 利 用 者 名 | 年 齢 | いずれかに○ |     |
|---------|---------|-----|--------|-----|
|         |         |     | 組合員    | 配偶者 |
|         |         |     |        |     |
|         |         |     |        |     |
|         |         |     |        |     |
|         |         |     |        |     |
|         |         |     |        |     |
|         |         |     |        |     |
|         |         |     |        |     |
|         |         |     |        |     |
|         |         |     |        |     |

|       |    |   |
|-------|----|---|
| 継続組合員 | 住所 | ㊦ |
|       | 氏名 |   |

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「ハンドブック」の施設一覧表参照)に、直接予約してから申込んでください。
- 2 利用料金は予約の際、確認してください。
- 3 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。
- 4 利用を取り消す場合は、予約した施設に必ず連絡をしてください。
- 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

No. -

保 養 施 設 宿 泊 利 用 補 助 券

（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）

| 継 続 組 合 員 番 号 | 利 用 者 名 | 年 齢 | 組 合 員 | 配 偶 者 |
|---------------|---------|-----|-------|-------|
|               |         |     |       |       |
|               |         |     |       |       |
|               |         |     |       |       |
|               |         |     |       |       |
|               |         |     |       |       |
|               |         |     |       |       |
|               |         |     |       |       |
|               |         |     |       |       |
|               |         |     |       |       |
|               |         |     |       |       |

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  |
|           | <div>退</div>         |    |
|           |                      |    |
|           | 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

退 教職員互助組合 山の家 利用券申込書  
公立学校共済組合 海の家

1 利用施設名 \_\_\_\_\_

2 利用期間 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで(泊 日)

| 継続組合員番号 | 利 用 者 名 | いずれかに○ |    | 年 齢 |
|---------|---------|--------|----|-----|
|         |         | 組合員    | 家族 |     |
|         |         |        |    |     |
|         |         |        |    |     |
|         |         |        |    |     |
|         |         |        |    |     |
|         |         |        |    |     |
|         |         |        |    |     |
|         |         |        |    |     |
|         |         |        |    |     |
|         |         |        |    |     |

上記のとおり利用券の交付を申請します。

|       |     |   |
|-------|-----|---|
| 継続組合員 | 住 所 | ㊦ |
|       | 氏 名 |   |

鹿児島県教職員互助組合理事長 殿  
公立学校共済組合鹿児島支部長

- (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 「山の家・海の家」の指定施設は、退教互だよりの施設一覧表で確認し、直接予約をしてください。  
4 郵送の場合は、必要事項を記入し、切手を貼った返信用封筒を同封のうえ、互助組合へ送付してください。  
5 利用を取り消す場合は、予約した施設に必ず連絡をしてください。  
6 利用券の事後発行はいたしません。  
7 記載者のみの使用となります。他人に譲渡はできません。  
8 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)  
9 3歳未満のお子様は宿泊される場合、施設によっては施設使用料が発生する場合があります。

〒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

No. \_\_\_\_\_

教職員互助組合 山の家  
 公立学校共済組合 海の家

利用券 (退)

1 利用施設名 \_\_\_\_\_

2 利用期間                      年    月    日から                      年    月    日まで(泊 日)

| 継続組合員番号 | 利用 者 名 | 組合員 | 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

印

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。

