第４号様式　　2020.4 作成

給付種別	０４	長期療養見舞金請求書			※ 互助組合 受付印
氏名 個人コード			学校名 学校コード		
請求金額	￥１００００		※ 給付決定金額	￥１００００	

上記金額を下記のとおり請求します。

年　　月　　日

学校名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

請求者

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

一般社団法人　京都府教職員互助組合理事長　様

▼学校コード及び個人コード印を使用してください。
▼※印以外はすべてご記入ください。

〈請求に際しての注意事項〉
＊請求日付は、必ず学校代表者の確認日以降をご記入ください。
＊長期療養見舞金は、30 日以上引き続き療養のために勤務に服することができないときに見舞金の対象となります。（ただし、1 年に 1 回限りとする）

長期療養確認書

前回請求した療養期間　　自　　年　　月　　日 ～ 至　　年　　月　　日

長期療養期間（30 日間）　自　　年　　月　　日 ～ 至　　年　　月　　日
＊（30 日目を記入）

上記のとおり療養していることを確認します。

年　　月　　日

互助組合学校代表者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

互助組合学校代表者之印