

職場復帰支援補助事業請求書

C#		共済	
1	2	3	
W	5	2	

※給付 コード	所属所 コード	組合員証番号	※請求年月		性別・生年月			※ 決定額																								
			年	月	性別	年号	年	月	金額																							
4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28~50		51	52	53	54	55	56	57
skip																																

職場復帰支援 参加開始日	年	月	日	請求 金額	円
-----------------	---	---	---	----------	---

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													

上記のとおり請求します。

一般財団法人岐阜県教職員互助組合理事長 様

平成 年 月 日 住所

請求者 氏名 印

上記の者は所属所において職場復帰支援に参加しており、上記記載事項は事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日

所属所名
所属所長 職・氏名 職印

性別 コード	男	女
	1	2

元号 コード	昭和	平成
	3	4

注意

1. 対象となるのは、休職により復帰するために県などが実施する職場復帰支援に参加する組合員です。
2. 補償内容は、就業中及び通勤途中のみです。
3. 傷害保険の証書の写し(所属所長の原本証明が必要)を添付してください。
4. 請求金額には、傷害保険料を記入してください。ただし、その金額が10,000円を超えるときは10,000円を記入してください。
5. 請求期間は傷害保険契約日より概ね3か月以内です。
6. ※印欄は記入しないでください。
7. 「性別」・「記号」は、右下の「コード」で記入してください。