

1. 下記の情報をご記入ください

記入日	20	年	月	日
共済会名		職場名		
個人番号 (職員番号)	※マイナンバーではありません			
フリガナ				
共済契約者 氏名				

全教共済で定める個人情報の取り扱いについて同意し、共済金請求をします。

共済現住所者	〒 _____											
	連絡先TEL _____											
振込口座	銀行 労金 農協	支店名		支店番号			口座番号					
	信用金庫 信用組合	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座名義人		※カタカナで記入						

※共済契約者の口座をご記入ください(共済契約者死亡時は受取人のもの)

療養見舞金

・連続して30日以上 of 傷病による休暇・欠勤(年休・特休・休職問わず)した方が対象

療養期間	20	年	月	日	～	20	年	月	日
------	----	---	---	---	---	----	---	---	---

◆添付していただく書類

- ・該当期間の出勤簿のコピー(該当年、氏名が確認できるもの)
または
- ・療養休暇証明書(下記、記載してください)※添付書類は不要となります

療養休暇証明書

職員氏名 _____

上記本校職員が、下記期間、療養休暇を取得したことを証明します。

記

休 暇 期 間 _____ 年 月 日 より _____ 年 月 日 まで

全日本教職員組合共済会理事長 殿 _____ 年 月 日

職場名 _____

所属長氏名 _____ 印 _____

「個人情報に関するお知らせ」

給付申請書と給付申請にかかわる書類等にご記入いただいた個人情報は給付の用にのみ利用させていただきます。
詳しくは、全教共済ホームページ等で公表している「全教個人情報保護方針(プライバシーポリシー)」をご参照ください。

※ 以下共済会で記入 ①相殺有 無 ②返金有 無

共済	年 月 ～ 年 月	円	相殺・返金
共済	年 月 ～ 年 月	円	相殺・返金
共済	年 月 ～ 年 月	円	相殺・返金
共済	年 月 ～ 年 月	円	相殺・返金

共済会	全教共済
年 月 日	年 月 日