

災害見舞金請求書

会員氏名		共済組合員 等記号番号	公立高知						
り災年月日	令和 年 月 日	所 属 所 住 所	〒						
り災場所		所 属 所 名							
り災原因及 び被害状況									
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>一般財団法人高知県教職員互助会理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 〒</p> <p>請求者</p> <p>氏 名</p> <p>TEL — —</p>									
支 給 金 額	10,000 円		共済災害見舞金 請求書照合済	※共済担当者サインまたは印					

上記のとおり請求がありましたので提出します。

令和 年 月 日

職 名

所属所長

氏 名

**注意事項**

- (1) ※は記入しないでください。
- (2) 共済組合の災害見舞金請求書と同時に提出してください。  
市町村長等の証明は不要です。
- (3) 会員資格を取得した日以降に給付事由が発生した場合に給付対象となりますので、採用前や知事部局、国、市町村等に出向されている間に給付事由が発生した場合は給付対象となりません。