

所 属 名	
所属コード	
フリガナ	
氏 名	
職 員 番 号	

互助会受付

(弔規様式第 9号)

※	事務局長	事務局次長	課長	係

一 金 3,000円 也

※ 査定の結果上記のとおり支給金額を決定します。

年 月 日

新型コロナウイルス感染症り患見舞金請求書

陽性検査 いずれかに 医療機関 無料検査場 検査キット その他

発症日 令和5（2023）年 _____ 月 _____ 日

療養 いずれかに 自宅療養 宿泊療養

上記のとおり請求します。

年 月 日

所 属 名

職 氏 名

一般財団法人 大分県教職員互助会会長 殿

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

所 属 名

所属長職氏名

職印

注意事項

1. 会員本人のみの請求給付とする。（年度内1回限り）
2. 添付書類は不要とする。
3. この給付は、**発症日を基準とし、令和5（2023）年4月1日以後に発症した場合が対象**となる。
4. 令和5（2023）年3月末日までに発症し、療養終了が4月と年度を跨ぐ場合は「会員入院見舞金」の給付対象となる。同一の事由のため「新型コロナウイルス感染症り患見舞金」の併給を受けることができない。
5. 感染症法による感染分類が**2類以外【5類・コロナウイルス感染症2019】**となる場合は**対象外**とする。