

申請年月日	20	年	月	日
共済会番号		職場番号		
共済会名		職場名		
加入者	個人番号			
	フリガナ氏名			

印

本申請書ならびに添付資料(戸籍謄本等)に記載されている全員が、「個人情報に関するお知らせ」について同意します。

住所	〒	都道府県	市区郡	TEL () -
----	---	------	-----	-----------

振込口座	労金 信金 信組	支店名	支店NO.	口座番号							
	銀行 農協	預金種類	普通 貯蓄	フリガナ口座名義人							

給付申請事由

事由発生日	年 月 日	※申請理由について記載される場合は裏面にご記入下さい。
-------	-------	-----------------------------

(該当する内容に○印をするか、または必要事項を記入して下さい)

共 済 種 目	添 付 書 類
入院見舞金 1共済期間につき1回	① 入院見舞金(連続5日以上入院) 年 月 日～ 年 月 日 ※加入者氏名と入院期間の記載された領収書
失業(休業)見舞金 1共済期間につき連続90日 または通算180日以上	① 失業(休業)見舞金 年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日 ※失業期間が確認できる雇用契約書(辞令)の写し
解雇等退職見舞金	① 解雇等退職見舞金 ※雇用期間が確認できる雇用契約書(辞令)の写しと退職日がわかる書類(辞令の写し等)

※お見舞金は1共済期間につき1回。1共済期間は毎年4月～翌年3月までとなります。

不当解雇等弁護士費用援助金	① 不当解雇等弁護士費用援助金
証明欄	不当解雇等弁護士費用援助金に関わる事由については当組合での支援決定があることを証明します。 年 月 日 組織名 代表者名 全日本教職員組合共済会理事長 殿 印

※不当解雇等弁護士費用援助金は1事案につき1回となります。

「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。また、再共済のため損害保険会社等へ上記の目的の範囲内で提供する場合があります。

※ 共済会で記入

掛金の相殺	有	無
年 月 ~ 年 月	200円	× ヵ月
精算先	共 済 会	○
	全 教 共 済	○

共 済 会	全 教 共 済
年 月 日	年 月 日