

療 養 証 明 書

年 月 日

一般財団法人川崎市立学校教職員互助会 会長 様

証 明 者 所 属 名
所属長名 職印

次の会員が傷病のため勤務しなかったことを証明します。

会員番号								フリガナ	
								氏 名	
1 傷 病 名									
2 療養期間 〔勤務することが できなかった期間〕	始期	年	月	日				年 月 日間	
	終期	年	月	日					【互助会記入欄】
3 現在の状態	☐ 治ゆ	☐ 療養継続中	☐ その他						

【請求回数が2回目以降の場合は必ずご記入ください】

4 勤務実績	上記、療養期間の始期日前に6ヶ月以上の勤務実績があることを証明します。 所属長名 職印
--------	--

注1) 1 回目の請求は記入不要です。
回数が不明の場合は、互助会まで問い合わせ下さい。044-733-3335

太枠内を記入してください

- 注2)
- 1. この証明書は、療養見舞金請求のとき請求書に添えて提出してください。
 - 2. 療養期間の始期は、傷病により勤務することができなくなった最初の日を記入し、引き続き休んだ最後の日を終期として記入してください。
 - 3. 療養継続中の方が請求する時は証明日を終期としてください。
 - 4. 現在の状態は、該当する□に✓印をしてください。なお、勤務しながらの治療は、□その他に✓印をしてください。
 - 5. 療養期間は年次休暇、療養休暇(病気休暇)休職及び公傷の別を問いません。

【互助会記入欄】

今回の支給回数	支給対象期間
回 目	年 月 日 ～ 年 月 日