ケガや病気をされたとき

制度利用対象者
本人

会員が傷病により1カ月以上の休務治療をされた時、**傷病見舞金をお贈りします。**

給付	傷病見舞金（1ヵ月につき2万円）
申請書類	傷病見舞金申請書
給付方法	給与口座へ振込
給付日	申請書提出月の翌月18日（休日の場合は翌営業日）
備考	● 給付期間は1年9ヵ月を限度とします。 ● 申請書は1ヵ月連続して休んだごとに1枚の申請になります。

※1ヵ月は暦月によるものとし、起算日は実際に出勤していた日の翌日となります。所定休日、年休、公休、特休など、実際に出勤できない日をすべて含みます。

申請書は次ページをご覧ください

受付日　認定日

傷病見舞金申請書

様式４―①

提出日
年　月　日

日野自動車福祉共済基金 理事長 殿
下記のとおり給付金を申請します。

会社名	出向先（出向者のみ記入）

注１）太枠内のみ記入してください
注２）日野自動車以外の方は下記振込口座記入欄にも記入して下さい

事業所※	所属名	部門コード	職番
□日野 □羽村 □新田 □古河 □その他（　　） ※日野自動車の方は□に✓点を付けてください			

住民票記載氏名	現状の勤怠
(フリガナ) ㊞	□ 休務期間中 □ 既出社

該当対象休務期間（実績）	年　月　日　～　年　月　日（　日間）
通算休務期間（実績）	年　月　日　～　年　月　日（　日間）
傷病名	（入院・通院）

（注記）１．１カ月以上の休務治療について給付するもので、１カ月は暦月によるものとし、起算日は実際に出勤していた日の翌日からで、所定休日、年休、公休、特休等実際に出勤できない日を総べて含む。
２．申請は１カ月の休務ごとに１枚申請する。（予定ではなく必ず実績休務期間で申請して下さい）
３．添付書類は原則として不要ですが、必要と認められた場合は所要の書類を申請より２週間以内に提出して下さい。
４．給付金の振込は申請書提出月の翌月 18 日に給与口座へ振込（休日の場合は翌営業日）します。
５．本申請書に記入された個人情報は、本申請書に係わる業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

（振込口座記入欄）　※関連会社の会員の方は下記の振込先に記入して下さい

給付金額	百	拾	万	千	百	拾	円

振込銀行	□銀行 □信用金庫	支店	
預金種目	□普通　□当座	口座番号	
受取人	フリガナ		
	氏名		

≪提出経路≫ 日野自動車：本人 → 所属庶務 → 共済基金支部（労組支部）→ 共済基金本部
関連会社：本人 → 各社担当者 → 共済基金本部

共済基金本部（事務局）		
役職理事	事務局長	担当

基金支部
支部長

該当所属長			
	ｸﾞﾙｰﾌﾟ長･課長	工長	職長