



傷病見舞金申請書

様式4-①

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。

提出日
年 月 日

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
<input type="checkbox"/> 日野 <input type="checkbox"/> 羽村 <input type="checkbox"/> 新田 <input type="checkbox"/> 古河 <input type="checkbox"/> その他() <small>※日野自動車の方は□に✓点を付けてください</small>			
住民票記載氏名 (フリガナ)			現状の勤怠
			<input type="checkbox"/> 休務期間中 <input type="checkbox"/> 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、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	<input type="checkbox"/> 銀行 支店 <input type="checkbox"/> 信用金庫						
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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）			基金支部	該 当 所 属 長		
役職理事	事務局長	担当	支部長	グループ長・課長	工長	職長