

令和 年 月 日

様

一般財団法人 兵庫県定時制通信制高等学校生徒互助会



本会加入生徒の傷病等の証明について（お願い）

本会の事業推進については、格段のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

みだしのことにつきまして、兵庫県医師会、兵庫県歯科医師会、兵庫県薬剤師会、兵庫県柔道接骨師会のご協力により本会と申合書を交換し、下記の所定用紙に無料で証明を頂いております。

ご了承賜りご証明くださいますようお願い申し上げます。

記

○医療等の状況証明書

一般財団法人
兵庫県定時制通信制高等学校生徒互助会

医療等の状況証明書

*決定

傷病見舞金 _____ 円
入院見舞金 _____ 円
自宅療養見舞金 _____ 円

氏名	性別 男・女	生年月日	年 月 日 (歳)	1 結核性疾患
傷病名	*「疑い」「検査」「検診」などは給付の対象となりません。			2 その他の傷病
診療期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 (日受診)			3 交通災害
入院期間	*療養期間の範囲内でご記入ください 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日			4 労働災害
*交通事故・労務災害・母子保健・生活保護世帯等も給付対象となりますので自己負担額がない場合も記入してください				
加入健康保険診療報酬総点数	点			4 労働災害
療養費総額(点数が記入しにくい場合)	円			
上記のとおり証明いたします。 令和 年 月 日 (医療機関所在地及び名称) (医師・歯科医師・薬剤師・柔道接骨師氏名) 印				該 当 番 号 を ○ で 囲 ん で く だ さ い。

*太枠内をご記入ください。

学 年	年	台帳番号
上記のとおり報告します。 令和 年 月 日 一般財団法人兵庫県定時制通信制高等学校生徒互助会 様 (学 校 名) 兵庫県立長田商業高等学校 (校長氏名) _____ 印		

(*医療等の状況証明書 裏面)

一般財団法人兵庫県定時制通信制高等学校生徒互助会

定時制・通信制に学ぶ高校生は、職場など学校外でのけが・病気のために
学び続けることが困難になる例がよくあります。

そこで、生徒がお互いに云賀を積み立て、けが・病気だけでなく火事か
あ
った時などに、ささやかでも温かい援助の手をさしのべ励ましあい、病気その
他の不幸などで学業を中断することのないように、相互扶助の精神で、先輩
たちがつくりあげ守り育ててきた組織です。

(奨学援助事業)

1. 病気・かがをして治療をうけたとき (学校管理下を除く)

☆傷病見舞金

診療報酬点数の20%

年間9,500円(10,000円)の範囲内

☆入院見舞金

入院 毎週 (4日未満切捨) 3,500円

年間について28,000円(30,000円)

* 傷病見舞金・入院見舞金の()内の金額は結核の場合です。

2. 死亡弔慰金 (学校管理下での死亡は除く)

本会奨学見舞金の贈与の有無にかかわらず 30,000円

* 死亡報告書(様式2)を提出ください。

3. 災害や火災にあったとき(単身者は実家も含む)

□火災・震災見舞金

全焼・全失 30,000円

半焼・半失 15,000円

□風水害見舞金

床上浸水 5,000円

* 災害見舞金申請書(様式3)を提出してください。

★見舞金等の申請期間

○傷病見舞金・入院見舞金は、受診の日から1年以内

○火災・風水害見舞金・死亡弔慰金は、事由発生後3か月以内

申請期間経過後は時効となり見舞金等の贈与はできないため、
期間内に申請してください。