

2022年9月26日以降に陽性と診断された方

申請年月日	20	年	月	日
-------	----	---	---	---

医療共済

## 新型コロナウイルス感染症 給付事由証明書

(現職者用)

職場番号		加 入 者	個人番号	
職 場 名			フリガナ 氏 名	印

新型コロナウイルス感染症 被共済者名

氏 名：	生年月日：	年	月	日
------	-------	---	---	---

新型コロナウイルス感染症 陽性判明日(診断日)

年	月	日
---	---	---

上記の通り申請いたしますので、届出の証明願います

上記の通り、給付事由の届け出があったことを証明いたします
年 月 日
職 場 名 _____
単組委員長名 _____ 印
全国私立学校教職員組合連合共済運営委員長 殿