

入院見舞金請求書

令和 年 月 日

一般財団法人 山口県教職員互助会理事長 様

住 所 〒 -

特別会員
(請求者) 氏 名

電話番号 () -

下記のとおり入院しましたので、一般財団法人 山口県教職員互助会退職互助部規程により、入院見舞金を請求します。

記

決定金額		※	円	医療機関名		
特別会員	会員番号			入院期間	令和 年 月 日 から	
	氏 名				令和 年 月 日 まで	
	生年月日	(歳)		請求金額	※	日 × 1,000円 = ※ 円
	送金口座	金融機関名	店 名	口座番号	名義 (カタカナ)	
コード ()		コード ()				
証明欄	○ 療養者氏名 _____		○ 生年月日 _____ 年 月 日生			
	○ 入院期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)					
次のとおり、入院したことを証明する。						
令和 年 月 日						
入院期間の確認できる書類(領収書、入院証明書等)がある場合は、記入不要です。				医療機関及び代表者名 (電話番号) ()	®	

【 注意事項 】

- (1) ※印の欄は記入しないこと。
- (2) 健康保険適用の医療機関に引き続き5日以上入院したとき、初日から1日につき1,000円給付。(年度内14日が限度)
- (3) 医療機関の領収書や入院期間が明記された診断書等の写しを添付すること。入院期間が確認できる書類がない場合に限り、証明欄に記入を受けること。また、複数の医療機関・入院期間の請求をする場合は、それぞれで請求書を提出すること。
- (4) 請求者は特別会員本人とするが、会員死亡等により遺族・後見人が請求する場合は、送金先口座情報を記入すること。
- (5) 請求対象者は、令和5年3月31日以前に退職し、旧規程により特別会員になった者。

< 互助会使用欄 >

年度	金額	日数
計		