

記入例

押印漏れが散見されます。必ず押印してください。

様式給第5号

入院見舞金(本人) 請求書

一般財団法人長崎県教職員互助組合理事長 様

下記のとおり請求します。



| | | | |
|-------|-----------------|-------------|------------------|
| 請求日 | | 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | |
| 所属名 | 〇〇市立〇〇小学校 | | 請求金額 (入院日数×500円) |
| 組合員番号 | 0 1 2 3 4 5 - 6 | 氏名 | 互助太郎 |
| | | | 5,000 円 |

医療機関の証明を受ける場合は、以下の記入欄について医療機関へ記入を依頼してください。領収書を添付して請求する場合は、以下の記入欄(医療機関証明欄を除く)にご自身で記入してください。事業内容等については裏面を参照ください。

入院開始日は陽性診断日になります。(発症日や休暇取得開始日ではありません)

| 入院期間 (※①) | 入院 | 退院 | 入院日数 |
|-----------|-------------|-------------|------|
| | 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | 10 日 |
| | 年 月 日 | 年 月 日 | 日 |
| | 年 月 日 | 年 月 日 | 日 |
| | 年 月 日 | 年 月 日 | 日 |
| | 年 月 日 | 年 月 日 | 日 |
| | | 合計 (※②) | 10 日 |

※① 継続して7日以上入院(転院も含む)したとき対象となります。

※② 入院見舞金は一事業年度100日が限度です。100日を超えた日数分は給付対象外となります。

療養証明書等が取得できない場合のみ、「所属長証明欄」と書替え、公印を押印のうえご提出ください。

| | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------|----|
| 所属長 医療機関 証明欄 | 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | 〇〇市立〇〇小学校長 長崎 正 | 公印 |
| | 所属長職氏名 医療機関名 氏 名 | | |

、相違ないことを証明する。

保険適用外の入院は給付対象外です。