

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	年	月	日
所属名				請求金額	(入院日数×500円) 円
組合員番号	●●●●●●●●●●	氏名			

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。
 領収書等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。

入院期間 (※①)	入院	退院	入院日数
	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
	年 月 日	年 月 日	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。

合計 (※②)	日
------------	---

医療機関証明欄	上記のとおり、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。
	年 月 日	
	医療機関名	印
	氏 名	

(提出不要ページ)

添付書類	<p>以下のいずれかの方法によって請求してください。</p> <ul style="list-style-type: none">・ 請求書の「医療機関証明欄」に医療機関の証明を受ける。・ 医療機関の発行する領収書(入院期間の記載があるもの)を添付する。・ その他、医療機関等の発行する入院期間の記載がある証明書等を添付する。
------	---

事業名	事業内容	算 定 方 法	
入院見舞金	継続して7日以上入院したとき給付します。 (保険適用外の入院は対象外) 一事業年度100日が限度です。	1日につき	500円

請 求 書 提 出 先 / お 問 合 せ 先	
〒850-8566 長崎市尾上町3番1号 県教育庁福利厚生室内	一般財団法人長崎県教職員互助組合 宛 TEL:095-824-4721