

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	

