様式給第5号

入院見舞金（本人）請求書

所属受付日欄
受 付 ○○.○○.○○ ○○小学校

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	○○市立○○小学校	請求金額	（入院日数×500円） 16,500 円
組合員番号	0 1 2 3 4 5 － 6	氏名	互助　太郎

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	22 日
	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	11 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）	33 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。

医療機関証明欄	
	上記のとおり、相違ないことを証明する。 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 医療機関名　医療法人○○病院 氏　名　○○ ○○ 印

保険適用外の入院は給付対象外です。

（提出不要ページ）

添付書類	以下のいずれかの方法によって請求してください。 ・ 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