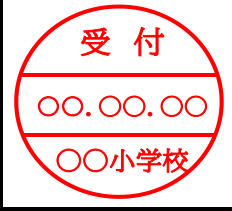


入院見舞金(本人) 請求書



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) 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
	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	22 日
	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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。	保険適用外の入院は 給付対象外です。
	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	医療機関名 氏名	医療法人〇〇病院 〇〇 〇〇

(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