

入退院交通費 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	00	年	00	月	00	日			
所属名	00市立00小学校					請求金額	4,000				
						円					
組合員番号	0	1	2	3	4	5	-	6			
氏名	互助 太郎										
現住所	00市00町00番地			現住所の 小学校区 及び へき地級地	00	所属コード	1	2	3	4	5
						小学校 (分校)		準		級地	

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。
事業内容等は裏面を参照ください。

療養者名	上記、氏名に同じ													
入院期間	入院					退院								
	00	年	00	月	00	日	00	年	00	月	00	日		
	00	年	00	月	00	日	00	年	00	月	00	日		
	年			月			日	年			月			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。													
	00年00月00日													
	医療機関名 医療法人00病院													
	氏名 00 00													
	印													

給付額算定(※)	準へき地～ へき地3級地	1,000	円	×	4	日	=	4,000	円
	へき地4級地	1,500	円	×		日	=		円
	へき地5級地	2,000	円	×		日	=		円
	島外への入退院	3,000	円	×		日	=		円

※該当級地は、現住所の小学校区のへき地級地で記入してください。

(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。・ 島外への入退院にかかる利用交通機関の領収書は不要です。
------	---

事業名	事業内容	算 定 方 法	
入 退 院 交 通 費	準へき地以上の学校等に勤務しかつ同地域に居住し入退院したとき給付します。 定期運行の交通料金が1,000円未満の場合は給付対象外です。	準～3級地 4級地 5級地 島外	1,000円 1,500円 2,000円 3,000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