

入院見舞金請求書 (55歳以上70歳未満)

一般財団法人滋賀県退職教職員互助会理事長

退教互受付印	
--------	--

入院者(会員)氏名								
入院期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで
入院日数				日	※ 請求金額は下記により記入のこと。 但し、1傷病10万円が限度で、継続して入院日数5日以上で適用されます。 (詳しくは給付規程参照)			
請求金額				円	請求金額=入院日数×1,500円			

上記の金額を請求します

令和 年 月 日

会員番号					
F					

住所	〒				
電話番号					
請求者氏名		印	入院者との続柄		

※請求者が会員と異なる場合は、「入院見舞金にかかる口座の報告」に記載してください。

医療機関の証明	療養者氏名		傷病名						
	生年月日	昭和	年	月	日生	男・女			
	入院期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで
	上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 所在地 電話番号 医療機関名 職名 氏名 印								