

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

<記載例>

退教互受付印	
--------	--

入院者(会員)氏名	互助 太郎	
入院期間	2019 年 4 月 1 日から	2019 年 5 月 10 日まで
入院日数	40 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	60,000 円	請求金額=入院日数×1,500円

上記の金額を請求します

記入日

令和 年 月 日

請求者が会員本人でない場合は、「互助 花子」「妻」というように記入してください。また、裏面の「口座の報告」も提出してください。

会員番号						
F	1	2	3	4	5	6

住所	〒 520-0051 大津市梅林一丁目4-15		
電話番号	077-510-1874		
請求者氏名	互助 太郎	印	入院者との続柄 本人

※請求者が会員と異なる場合は、次ページの「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	年 月 日生		男・女
	入院期間	年 月 日から		年 月 日まで
	<p>上記のとおり証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>電話番号</p> <p>医療機関名</p> <p>職名</p> <p>氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>			

医療機関にて証明を受けてください