

## 別紙様式第7号の2(第22条の2関係)

入院見舞金請求書		決定額	※	円
会員番号 (共済組合員証番号)		所属所番号		
会員氏名		所 属 所 名		
入院者氏名	(続柄)	備 考		
生年月日(年齢)	年 月 日生(歳)			
請求該当期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	既受領 済 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
休職発令 年 月 日	年 月 日	請求金額	円	
上記のとおり請求します。				
年 月 日				
一般財団法人愛媛県教職員互助会理事長様				
郵便番号( - )				
請求者住所				
フリ 氏名				

- 注 1 医療費の領収証、退院証明書、診断書その他入院の事実及び入院期間が分かる書類(写し可)を添えてください。  
 2 休職中の場合は、休職発令辞令書の写しを添えてください。  
 3 分娩に伴う入院の場合、通常分娩については給付対象外です。  
 4 ※印欄は、記入しないでください。