

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) | 1 2 3 4 5 6 7 | 所属所番号 | 8 0 0 0 1 |
| 会 員 氏 名 | 互助 太郎 | 所属所名 | 媛互小学校 |
| 入 院 者 氏 名 | 互助 太郎 (続柄) 本人 | 備 | ※8/1 から 8/14 まで入院した場合 請求該当期間は「入院した日から5日目」から 「退院した日」までを記入してください。 (休職中の場合は「入院した日」から「退院した 日」までを記入してください。) |
| 生年月日 (年齢) | S 4 4 年 5 月 5 日 生 (5 0 歳) | | |
| 請 求 該 当 期 間 | R 3 年 8 月 5 日 から R 3 年 8 月 1 4 日 まで (1 0 日 間) | 既 受 済 期 間 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| 休 職 発 令 日 年 月 日 | 年 月 日 | 請 求 金 額 | 1 0 , 0 0 0 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 (7 9 △ - △ △ △ △)

請 求 者 住 所 松山市〇〇町〇丁目〇番地

フリ がナ ゴジョ タロウ
氏 名 互助 太郎

休職中の場合は「休職発令年月日」を記入して
「休職発令辞令書の写し」を添えてください。

- 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。