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 |  | 所 属 所 番 号 |  | | |
| (共済組合員番号) |
| 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 | 既 受 領  済 期 間 | 年 | 月 | 日から |
| 年 月 日まで | 年 | 月 | 日まで |
| ( 日間) |  |  |  |
| 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 ガナ  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。