

入院見舞金請求書

受付

年 月 日

一般財団法人
山梨県教職員互助組合
退職互助部 御中

請求者氏名 (印)

下記のとおり請求いたしますので給付してください。

請 求 者	会員番号		氏 名	
	加入年月日		生年月日	
	住 所			

受 診 者	氏 名		病 名	
	生年月日		入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで

上記の通り相違ないことを証明します。

病 院 名
住 所
医 師 氏 名 (印)

(この欄記入不要)

裁 定

年 月 日

承認者

入院見舞金	¥	1	0	0	0	0
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

- ☆ (健康保険適用による) 疾病・負傷により連続して21日以上入院したときは、入院見舞金を給付する。
ただし、年度一回。
- ☆ 連続した入院であれば、転院した場合も対象とする。
- ☆ 時効一年。
- ※ 入院期間の明記された領収書がある場合は、コピーを提出することにより証明欄の記入不要。
ただし、明記された領収書がない場合は入院証明欄に詳細を記入、押印してもらうこと。