別紙様式第７号の2（第22条の2関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 決定額 | * 円
 |

**入院見舞金請求書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　　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。