

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 | 一般 | 円 |
| | 老人 | 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) | 傷病名 | |
| 生年月日(年齢) | 年 月 日生 (歳) | | |
| 医師の 証明 | <p style="text-align: center;">は、年 月 日から 年 月 日 まで入院したことを証明します。 年 月 日 住 所 医 師 氏 名 印</p> | | |
| 請求期間 | 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 |
| 備考 | <p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">財団法人 愛媛県教職員互助会 理事長様</p> <p style="text-align: center;">郵便番号 () 請求者 所属所所在地 氏 名 印</p> | | |
| | <p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職 名 所属所長 氏 名 印</p> | | |

注 ※印欄は、記入しないでください。