

入院見舞金請求書

決定額	※	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)	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 日 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。