入院見舞金請求書

決定額	※	円
-----	---	---

会 員 番 号 (共済組合員番号)		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 済 受 期 領 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。