

入院見舞金請求書

※印欄は記入不要

特別会員氏名		特別会員番号			
		生年月日	M T S	年	月 日
別紙または下記証明欄のとおり請求します (一財) 高知県教職員互助会理事長 様 令和 年 月 日 〒 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 住 所					
※特別会員ご本人名で 電 話 番 号 請求してください。 (遺族・後見人の方が フ リ ガ ナ 請求する場合は除く) 氏 (請求者) 名 印 <p style="text-align: center;">特別会員との続柄()</p>					
事務局 使用 欄	入院期間	月 日～ 月 日	日間	(本年度30日分- 日分 請求済 支給済)	
	年度	30日間 × 2,000円	※ 給付額	円	
	備考	(本年度分 月 日～ 月 日	日間 請求済	円 -	年 月 日
1. 医療機関の領収書(入院期間の明記されたもの)または、その写しを添付してください。領収書がない場合は、入院期間の明記された診断書等(医療機関または医師の押印があるものに限る、写し可)でもけっこうです。 2. 領収書・診断書等がないときには、下の証明欄に記入してもらってください。 3. 70歳未満の方は、障害者手帳の写しも必ず添付してください。					
証 明 欄	※この欄は、領収書・診断書等がある場合は記入不要です。 令和 年 月 日から令和 年 月 日までの _____日間当院に入院したことを証明する。 令和 年 月 日 <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 及び代表者名</p> <p style="text-align: right;">印</p>				
振込先(請求者名義) 特別会員 以外の方(遺族・後見人)が請 求する場合のみ記入		金 融 機 関 名	店 名	普通預金 口座番号	
		(銀行・信金 労金・農協)	(本店・出張所 支店・支所)		

- (注) ① 同じ医療機関で連続5日以上入院したとき給付されます。ただし、1会計年度内(4月1日から翌年3月31日まで)に30日が限度となります。
- ② 受給資格者は、入院時に70歳以上の特別会員と70歳未満で障害者手帳の交付を受けている特別会員です。届出配偶者は該当しません。
- ③ 複数の医療機関・入院期間の請求をする場合、医療機関・入院期間ごとに入院見舞金請求書が必要です。
- ④ 請求者は特別会員本人です(遺族または成年後見人が請求する場合は除く)。
- ⑤ 給付金は互助会へ届出いただいている口座へ振込みます。遺族・後見人が請求する場合は、給付金の振込先を記入してください。
- ⑥ できるだけ該当年度の3月31日までに請求してください。間に合わない場合は、最終期限を翌年度の5月15日必着とします。
- ⑦ 年度をまたぐ入院は3月31日までと4月1日以降が別請求となります。3月31日までの入院は5月15日必着で請求ください。

※最終期限は、5月15日が土曜日の場合は5月17日、日曜日の場合は5月16日となります。

記入例

入院見舞金請求書

特別会員氏名	福利 太郎	特別会員番号	1 2 3 4 5 6
		生年月日	M T (S) 10年10月10日
別紙または下記証明欄のとおり請求します 令和 3 年 7 月 20 日 (一財) 高知県教職員互助会理事長 様 〒 7 8 0 - 0 0 0 0 住 所 高知市〇〇町1-1-1			
※特別会員ご本人名で 請求してください。 (遺族・後見人の方が 請求する場合は除く)		電話番号 (088) △△△-××××	
		フリガナ 福利 太郎 氏 (請求者) 名	福利 太郎 印
特別会員との続柄 (本人)			
事務局 使用欄	入院期間	月 日 ~ 月 日	日間 (本年度30日分- 日分請求済支給済)
	年度	30日間 × 2,000円	※ 給付額 円
	備考 (本年度分	月 日 ~ 月 日	日分請求済 円 - 年 月 日支給済)
1. 医療機関の領収書 (入院期間の明記されたもの) または、その写しを添付してください。領収書がない場合は、入院期間の明記された診断書等 (医療機関または医師の押印があるものに限る、写し可) でもけっこうです。 2. 領収書・診断書等がないときには、下の証明欄に記入してもらってください。 3. 70歳未満の方は、障害者手帳の写しも必ず添付してください。			
証 明 欄	※この欄は、領収書・診断書等がある場合は記入不要です。		
	令和 年 月 日から令和 年 月 日までの 日間	当院に入院したことを証明する。	
	令和 年 月 日	所在地	
	医療機関名 及び代表者名	印	
振込先 (請求者名義) 特別会員 以外の方 (遺族・後見人) が請 求する場合のみ記入	金融機関名 (銀行・信金 労金・農協)	店名 (本店・出張所 支店・支所)	普通預金 口座番号

- (注) ① 同じ医療機関で連続5日以上入院したとき給付されます。ただし、1会計年度内 (4月1日から翌年3月31日まで) に30日が限度となります。
② 受給資格者は、入院時に70歳以上の特別会員と70歳未満で障害者手帳の交付を受けている特別会員です。届出配偶者は該当しません。
③ 複数の医療機関・入院期間の請求をする場合、医療機関・入院期間ごとに入院見舞金請求書が必要です。
④ 請求者は特別会員本人です (遺族または成年後見人が請求する場合は除く)。
⑤ 給付金は互助会へ届出いただいている口座へ振込みます。遺族・後見人が請求する場合は、給付金の振込先を記入してください。
⑥ できるだけ該当年度の3月31日までに請求してください。間に合わない場合は、最終期限を翌年度の5月15日必着とします。
⑦ 年度をまたぐ入院は3月31日までと4月1日以降が別請求となります。3月31日までの入院は5月15日必着で請求ください。

※最終期限は、5月15日が土曜日の場合は5月17日、日曜日の場合は5月16日となります。