

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 平成 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 電 話 番 号 フ リ ガ ナ 氏 (請求者) 名 印 特別会員との続柄()			
※ 入院期間 月 日～ 月 日 日間 (本年度30日分- 日分 請求済 支給済)			
※ 平成 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 - H 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。領収書のない場合は、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歳未満で障害者手帳の交付を受けている方は、障害者手帳の写しも添付してください。			
証 明 欄	平成 年 月 日から平成 年 月 日までの 日間当院に入院したことを証明する。 平成 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	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 入院見舞金は、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 原則として特別会員本人が請求してください。なお、特別会員名義の給付金の振込先は互助会に届出いただいておりますので記入の必要はありません。
- ④ 遺族等が請求する場合は、給付金の振込先を記入してください。
- ⑤ 原則として会計年度内請求ですので、できるだけ該当年度の3月31日までに請求書を提出ください。ただし、年度末に入院することもありますので、最終の提出期限を翌年度の5月15日(必着)までとします。
- ⑥ 年度をまたいで入院は3月31日までと4月1日以降が別請求となります。なお、3月31日までの入院分は5月16日以降は請求できなくなりますので、ご注意ください。