

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 (一財) 高知県教職員互助会理事長 様 令和元年 7月 20日 〒 780-0000 住 所 高知市〇〇町1-1-1 電話番号(088) △△△-×××× フリガナ 福利 太郎 氏(請求者)名 福利 太郎 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 日間 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 | ※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 原則として特別会員本人が請求してください(本人以外が請求者となるのは、成年後見人または遺族が請求する場合があります)。
- ④ 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。
- ⑤ 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。3月31日までの入院分は5月15日必着で請求してください。