入院支援金請求書

給付コード							
入院支援金	0	0	0	1	－	0	0

区分
H・K

一般財団法人 大阪府教職員互助組合理事長様

太枠のみご記入ください。

会員番号		所属名	☎（　　－　　－　　）
フリガナ			
氏　名			
住　所	〒　　－	☎（　　－　　－　　）	

別紙の書類を添えて下記のとおり請求します。

請求額	￥						給付決定額	￥				
フリガナ												
療養者氏名												
入院年月			年			月	入院日数			日		
入院期間	年　　月　　日 ～						年　　月　　日					

振込先	銀行名		支店名		普通	口座番号		
フリガナ								
口座名義人（請求者本人）								

担当者	資　格	受　　付

〈添付書類〉　医療機関が発行するもので、入院期間日数が記載されている入院したことを証するもの。

〈注意〉
1. 交通事故等第三者行為または公務災害の場合は、上記証明のほかに交通事故等の証明書または、公務災害認定通知書を必ず添えてください。
2. 暦月を単位に請求してください。
3. 介護保険での入所・入院は、給付の対象になりません。

◎ 添付書類は鮮明な写しをもって原本に替える事ができます。

※ ご記入いただきました個人情報は、当該事業の適正な運営に必要な業務にのみ利用いたします。

給付は、受給事由が発生した日から3年以内に請求があった場合に限って、これを行うことができます。