毎月15日までに受付けた請求書は、翌々月の10日頃互助組合へお届けの銀行預金口座へ振込みます。

入院見舞金請求書

請求は受給事由が発生した月から3年以内に

会員番号（証の個人番号）・お名前・生年月日・ご住所をあらかじめ記入いただいてから、切り取ってコピーしていただくと、便利です。

✂キリトリ線より切り取ってください

✂キリトリ線より切り取ってください

入院見舞金請求書

年　月　日

一般財団法人 大阪府教職員互助組合 理事長 様

下記のとおり別添の書類を添えて請求します。

退職会員	会員番号（証の個人番号）		給付区分コード	0 0 0 1 0
	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏名			
	住所	〒　－　TEL　（　）		

入院見舞金請求金額	￥	入院期間	自	年	月	日				日間
			至	年	月	日				

◎病気やけがで連続して6日以上入院されたときに給付します。（6日目から1日につき1,000円）

〈添付書類〉医療機関が発行するもので入院期間を証するもの。

（例）入院領収書、入院請求書、入院証明書、退院証明書のいずれか（鮮明なコピー可）

いずれも入院者氏名・入院していた期間および入院していたことが記載されているもの。

※給付金請求書に記載いただきました個人情報は、当該事業の正常な運営に必要な業務、および当互助組合事業の円滑な運営に必要な業務にのみ利用いたします。

以下、記入不要です

※ 給付決定金額		給付日数		備考	受付印
￥		1000円×	日分	当年度 前年度 前々年度 前々前年度 残　日	
区分	給付年月日	整理番号		担当	
1・2	年　月　日				

2023.4