

# 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 殿

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 <small>(証の個人番号)</small>		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800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(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。

<留意事項>

請求期限は、受給事由が発生した月から3年以内です。3年を経過しますと期限切れとなり給付できませんのでご注意ください。

※給付金請求書に記載いただきました個人情報、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。

下記のとおり給付してよろしいか。

※ 給付決定金額				給付日数			備考		受付印
¥				800円 ×		日分	当 年 度 前 年 度 前 々 年 度 前 々 前 年 度	日	
区分	給付年月日			整理番号			担当		
1 ・ 2	年	月	日						