

入院見舞金 会 員 請 求 書

被扶養者

(いずれかを○で囲む)

通知区分	5	1												
所属コード			組員証番号				会 員 氏 名				所 属 名			
入院者氏名											公務災害認定年月日 年 月 日			
コード		入院者生年月日				入院年月日				※ 決定日数		入院事由 1 出 産 2 交通 事故 3 そ の 他 ()		
性別	続柄	年号コード	年	月	日	年号コード	年	月	日					

医 師 の 証 明 欄	<p>上記の者、 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで入院</p> <p>ただし、 日間の入院のうち</p> <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 2em;">{</td> <td style="padding: 0 5px;">保険診療外の入院日数は</td> <td style="padding: 0 5px;">日間</td> <td rowspan="2" style="font-size: 2em;">}</td> <td rowspan="2" style="padding: 0 5px;">である</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 0 5px;">保険診療の入院日数は</td> <td style="padding: 0 5px;">日間</td> </tr> </table> <p>ことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関 住所 氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>	{	保険診療外の入院日数は	日間	}	である		保険診療の入院日数は	日間
{	保険診療外の入院日数は	日間	}	である					
	保険診療の入院日数は	日間							

上記のとおり請求します。

一般財団法人 岩手県教職員互助会長 様

令和 年 月 日

(〒 -) (TEL - -)

住所
請求者
氏名

(印)

上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。

令和 年 月 日

(〒 -) (TEL - -)

所属所在地
所属所名
職名
所属所長
氏名

(職印)

(注) 1 この請求書は、保険診療外(分娩、公務災害及び被扶養者の交通事故)で入院した場合に使用してください。
 2 ※印欄は記入しないでください。
 3 任意継続会員は、所属所長欄の記入の必要がありません。

年号コード： 昭和 3
 平成 4
 令和 5
 続柄コード：「福祉のしおり」参照