

準

入院見舞金 会 員 請求書  
被扶養者

互

通知 区分	5 1	(いずれかを○で囲む。)			
所属コード	組合員証番号	会 員 氏 名		所 属 名	
入院者 氏 名	公務災害認定年月日		平成 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 月 日	年 月 日		
		4			
医 師 の 証 明 欄	<p>上記の者、平成 年 月 日から平成 年 月 日まで入院          ただし、<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> 日間の入院のうち { 保険診療外の入院日数は 日間 } で          { 保険診療の入院日数は 日間 }          あることを証明します。          平成 年 月 日          住 所          医療機関          氏 名 <span style="float: right;">(印)</span></p>				
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">一般財団法人 岩手県教職員互助会長 様</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名 <span style="float: right;">(印)</span></p>					
<p>上記の請求は、事実と相違ないことを認めます。</p> <p>平成 年 月 日 (〒 - ) ( ☎ - - )</p> <p style="text-align: center;">所属所在地</p> <p style="text-align: center;">所属所名</p> <p style="text-align: center;">所属所長名 <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">職印</span></p>					

(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 ※欄は記入しないでください。

年号コード：昭和 3

平成 4

続柄コード：コード表参照

(福祉のしおり)