

# 入院見舞金請求書

受付

平成 年 月 日

一般財団法人  
山梨県教職員互助組合  
退職互助部 御中

請求者氏名 (印)

下記のとおり請求いたしますので給付してください。

請求者	会員番号				氏名					
	加入年月日	昭和 平成	年	月	日	生年月日	昭和	年	月	日
	住所	〒								

入院証明欄 (医師記入) (入院期間の明記された領収書貼付の場合は記入不要)

受診者	氏名				病名							
	生年月日				入院期間	平成	年	月	日から	平成	年	月

上記の通り相違ないことを証明します。

病院名  
住所  
医師氏名

(印)

(この欄記入不要)

## 裁定

平成 年 月 日

承認者

入院見舞金	¥	1	0	0	0	0
-------	---	---	---	---	---	---

- ※ 入院期間の明記された領収書がある場合は、コピーを提出することにより証明欄の記入不要。ただし、明記された領収書がない場合は入院証明欄に詳細を記入、押印してもらうこと。
- ※ 連続21日以上入院受療が対象。ただし、年度一回。
- ※ 連続した入院であれば、転院した場合も対象とする。
- ※ 時効一年。