

給付種別	02	入院見舞金請求書				※	
氏名 個人コード			学校名 学校コード				互助組合 受付印
請求金額			※給付決定金額				
上記金額を下記のとおり請求します。							
年 月 日							
学 校 名							
請求者							
氏 名 (印) (自筆署名の場合、印不要)							
一般社団法人 京都府教職員互助組合理事長 様							
入院についての証明書 (裏面に必ず領収書を添付してください)							
▼入院の事実が証明できるもの (費用明細書・領収書等を添付してください。)							
▼原則として1か月単位で給付します。(1枚につき5か月分まで請求可)							
▼この請求用紙は2号組合員及び公立学校共済組合員で下記の★欄に該当される方用となります。 それ以外は自動給付 (請求不要) となります。							
入院者氏名			生年月日 (西暦)	年 月 日			
★ 公費負担 (結核 ・ 難病) ・ 労災(公務災害) ・ 事故 ・ その他 (該当事項がある場合のみ 〇印をしてください)							
入院期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日		日間				
※給付決定額明細書 (下記は記入しないでください)							
給付内訳書	1	月 日 ~ 月 日 日間 円		4	月 日 ~ 月 日 日間 円		
	2	月 日 ~ 月 日 日間 円		5	月 日 ~ 月 日 日間 円		
	3	月 日 ~ 月 日 日間 円		給付決定額	円		

▼入院1日につき2,000円

→ 該当区分に〇印をしてください。

▼学校コード及び個人コード印を使用してください。
※印以外はすべてご記入ください。