

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			
<p>上記金額を下記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">学校名 _____</p> <p>請求者</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____ (印) (自筆署名の場合、印不要)</p> <p>一般社団法人 京都府教職員互助組合理事長 様</p>						
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)						
<p>▼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。)</p> <p>▼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)</p> <p>▼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。</p>						
入院者氏名			生年月日 (西暦)	年 月 日		
<p>★ 公費負担 ( 結核 ・ 難病 ) ・ 労災(公務災害) ・ 事故 ・ その他 <span style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">該当事項がある場合のみ ○印をしてください</span></p>						
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	4	月 日 ~ 月 日 日間	円	
	2	月 日 ~ 月 日 日間	5	月 日 ~ 月 日 日間	円	
	3	月 日 ~ 月 日 日間	給付決定額	円		

▼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。

→ 該当区分に○印をしてください。

▼入院1日につき2,000円