

# 入院見舞金請求書

(必要書類を添えてご請求ください)

太枠内

に記入をお願いします。

特別会員氏名	特別会員番号	T S 年 月 日		
	生年月日	令和 年 月 日		
別紙または下記証明欄のとおり請求します。 (一財)高知県教職員互助会理事長 様		〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
住所 :		_____		
電話番号 :		_____		
フリガナ				
請求者氏名 :		特別会員との続柄 : _____		
※請求者氏名は特別会員ご本人名(遺族・後見人が請求する場合は除く)となります。 ※後見人が請求する場合は、下の口座欄にもご記入ください。				

事務局記入欄	年度	① 月 日 ~ 月 日 日間 30 × 2,000 = 給 _____ 円
		② 月 日 ~ 月 日 日間 × 2,000 = 付 _____ 円
		③ 月 日 ~ 月 日 日間 × 2,000 = 額 _____ 円
	請求済み期間 月 日 ~ 月 日 日分 ⇒ 計 _____ 日分/30日	

証明欄	※この欄は、領収書・診断書・退院証明書のいずれかがある場合は記入不要です。			
	下記の期間、当院に入院したことを証明する。			
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 までの _____ 日間		令和 年 月 日	
	所在地:		印	
医療機関名及び代表者名:				

口座欄	後見人の方のみ記入してください	金融機関名	店名	普通預金口座番号			
		銀行・信金 農協・労金	本店・支店 支所・出張所	.....	.....	.....	.....

※請求者が特別会員ご本人の場合は互助会に届出いただいている口座へ、遺族の場合は弔慰金と同じ口座へ振込みとなりますので、口座欄へは記入しないでください。

- 対象となる方 : ◎70歳以上の特別会員  
◎70歳未満で、身体障害者手帳または精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている特別会員
- 対象の入院 : 同じ医療機関で5日以上連続で入院した場合。介護保険での入所は対象になりません。
- 必要書類 : ◎入院見舞金請求書(この用紙)  
◎入院期間が明記された領収書または診断書、退院証明書(いずれも写し可)。いずれの書類もない場合は、うえの「証明欄」に医療機関で記入押印してもらってください。  
○障害者手帳の写し(70歳未満の方のみ)  
○登記事項証明書(後見人の方のみ。初回請求時、6ヶ月以内に発行のものを添付。写し可。)
- 給付金額 : 1日につき2,000円。一会計年度(4月1日~翌年3月31日まで)で30日分が上限です。
- 請求期限 : できるだけ入院をした会計年度内に請求してください(4月1日~翌年3月31日が一会計年度です)。間に合わない場合は、最終期限を翌年度の5月15日必着とします。年度をまたぐ入院は、3月31日までと4月1日以降が別請求となり、請求期限が異なりますのでご注意ください。  
※5月15日が土曜日の場合は5月17日、日曜日の場合は5月16日が最終期限となります。