



入院助成金請求書

太枠内に記入

退職医療組合員番号		会員区分		本人・配偶者の該当するものを○で囲んでください。	※ 給付年月日		
⑤		本 人	配 偶 者				
次のとおり入院助成金を請求します。 一般財団法人広島県教育職員互助組合理事長 様 令和 年 月 日 請求者 住所 〒 _____ _____ 氏 名 _____ TEL () _____					※ 互助組合決定額		
					年度	金額 (円)	日数
					計		
※ (→) 1及び2に○をつけてください	1. 現在の登録口座で受領する						
	2. 次の口座で受領する (銀行名・支店名・普通預金口座番号・口座名義をご記入ください)						
	送金先	銀行	本店		普通預金口座番号		
		農協 信用金庫 信用組合	支店				
(フリガナ)			ゆうちょ銀行の場合、記入してください。				
口座名義			記 号 番 号 () ()				
保険医療機関証明欄							
療養者氏名 _____		生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生					
前記の者の入院について、次のとおり証明します。							
入院期間	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	～	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	(_____ 日間)			
	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	～	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	(_____ 日間)			
	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	～	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	(_____ 日間)			
	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	～	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	(_____ 日間)			
	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	～	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	(_____ 日間)			
令和 年 月 日		(医療機関名) _____ ⑤					

<注意>

入院期間を確認するため、請求書内の「保険医療機関証明欄」に入院していた(している)保険医療機関の証明を受けるか、入院証明書又は退院証明書を添付してください。

なお、入院期間の記載のある領収書(コピー可)を添付する場合は、原則、入院した日(入院した初日)以降の全ての領収書を添付してください。