



# 入院助成金請求書

毎月10日(必着)  
⇒その月の28日送金

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	2	0	9	9	9	本人		配偶者	※ 互助組合決定額																			
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 3 年 10 月 1 日  請求者 住所 〒 765 - 4321  <u>広島市中区互助町1丁目2-3</u>  氏名 <u>互助 三郎</u>  TEL ( 082 ) 123 - 4567								<table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>金額(円)</th> <th>日数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td>計</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			年度	金額(円)	日数													計		
年度	金額(円)	日数																										
計																												

※(→) 1及び2に○をつけてください <b>送金先</b>	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)											
	広島		銀行 農協 信用金庫 信用組合		本店		普通預金口座番号		支店			
	(フリガナ) ゴジョ サプロウ		口座名義 互助 三郎		ゆうちょ銀行の場合、記入してください。 記号 ( ) 番号 ( )		1	2	3	4	5	6

## 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

(医療機関名) \_\_\_\_\_



・「保険医療機関証明欄」は、入院期間の確認できる書類(領収書、入院証明書等)が無い場合に限り、医療機関で証明を受けてください。

不明な点は互助組合までお尋ねください。 互助組合：TEL (082) 228-1386