

入院補助金請求書

(一財) 兵庫県学校厚生会理事長 様

記入日 20 年 月 日

下記のとおり請求します。

所 属 所 名		給 付 額	
		※ 円	
会 員 番 号	会 員 名 (フ リ ガ ナ)		会 員 生 年 月 日
	(自署)		年 月 日
入 院 者 名 (フ リ ガ ナ)	生 年 月 日	性別	共済組合扶養認定年月日
	年 月 日 () 歳	男・女	年 月 日
入 院 期 間		入院日数	請 求 金 額
. . ~ . .		日	円
. . ~ . .		日	
上記の記載事項は事実に相違ないことを認めます。			
年 月 日			※ 受 付 印
所 属 所 名		印	
所 属 所 長 名			
厚 生 会 係 名			
電 話 番 号 () -			

- 1 入院期間すべての領収書等(写し可)又は入院証明書(写し可)を添付して、退院後に請求してください。なお、入院期間が長期にわたる場合は、入院中でも請求可能です。
- 2 **老人保健施設への入所は給付の対象外です。**
- 3 「会員名(フリガナ)」の欄には、名前を自署することとし、諸事情により自署が難しい場合は、名前を記載し押印してください。
- 4 共済組合扶養認定年月日は必ず記入してください。
- 5 ※欄は記入しないでください。

※ 厚生会 記入欄	前 回 入 院	. . . ~ . . .					
	入 院 年 月 日	退 院 年 月 日	入 院 日 数	区 分	給 付 日 数	給 付 額	
			日	新規 継続	日	円	
			日	新規 継続	日	円	
			日	新規 継続	日	円	

※ 精 査	※ 審 査	※ 資 格 審 査
-------	-------	-----------