

# 入院見舞金請求書

退職加入年度  
年度

(一財)兵庫県学校厚生会理事長様

下記のとおり請求します。

請求年月日(西暦)  
20 年 月 日

会員番号		会員名(フリガナ)		生年月日	
A		(自署)		年	月 日
住所	〒		電話 ( ) -		
	日中連絡先 〒 (住所と異なる場合は ご記入ください)		日中連絡先 ( ) -		

医療 機 関 関 明 欄	入院者名					
	入院期間	①	自	年 月 日	～ 至	年 月 日
		②	自	年 月 日	～ 至	年 月 日
		③	自	年 月 日	～ 至	年 月 日
上記のとおり医療保険を使って入院したことを証明します。 年 月 日						
医療機関名 <small>(介護老人保健施設は 該当しません)</small>		所在地 名称		印		
		代表者名				
		電話 ( ) -				

※ 厚生 会 記 入 欄	前回入院日・退院日						給付額			
	年	月	日	～	年	月	日	※	円	
	入院年月日			退院年月日			入院日数	区分	給付日数	給付額
1	年	月	日	年	月	日		新規1 継続9		円
2	年	月	日	年	月	日		新規1 継続9		円
3	年	月	日	年	月	日		新規1 継続9		円

- 医療機関で証明をとっていただくか、入院期間すべての領収書等(写し可)を添付のうえご請求ください。(診療明細書は、領収書の代わりとはなりません。)
- 介護保険を使用した入所は、給付の対象外です。
- 「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、名前を記入し押印してください。
- ※欄は記入しないでください。

※ 受付印

※精査      ※審査      ※資格審査