



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		※ 給付年月日			
⑤ 2 0 9 9 9		本人 配偶者		本人・配偶者の該当するものを○で囲んでください。			
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 7 年 6 月 1 日 請求者 住所 〒 765 - 4321 広島市中区互助町1丁目2-3 氏 名 互助 三郎 TEL (082) 123 - 4567				※ 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		県庁			
		信用金庫		支店		1 2 3 4 5 6 7	
		信用組合					
(フリガナ) ゴジョ サブロウ		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					
互助 三郎		() ()					
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。