

入院見舞金請求書

所属所番号		共済会員番号		共済会員 氏名	協会記入欄		所属所名
					種別		
療養者	氏名			続柄	1. 会員本人 2. 被扶養者(続柄)		
	資格取得 (または認定)年月日			年月日	傷病名		
入院期間	年 月 日 から			年 月 日 まで			日間
請求額	30,000 円			入院・退院 区分	1 入院中 2 退院 (どちらかに○印をつけてください)		
<p>上記のとおり入院見舞金を請求します。</p> <p>一般財団法人北海道市町村職員福祉協会会長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>請求者 住所 氏名</p>							
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>所属所名 所属所長名</p>							

入院証明書

入院者名			傷病名				
入院期間	入院	年 月 日	～ 退院	年 月 日	日間		
(年 月 日 現在入院中)							
<p>上記のとおり入院したこと(入院中であること)を証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 名称 医師氏名</p>							

- 注) 1 入院見舞金は共済会員又はその被扶養者が引き続き20日以上入院したときに支給します。
- ・医師の指示により他の医療機関に引き続き入院したときは、その期間を合算します。
 - ・入院日から20日目が同一年度にあるときは1回に限り支給します。
 - ・複数年度にまたがり入院しているときは1回に限り支給します。
- 2 入院期間のわかるもの(医療機関発行の診断書、領収書等)があるときは、その写しを添付してください。
- (上記「入院証明書」欄の証明は必要ありません。)
- 3 会員への送金は共済組合の登録口座となります。