

(14-様式第7号)

所属名	県市職 B I T	名前	項目番号	給付金額 (互助会記入欄)
所属コード		職員番号		
			2 0 2 1	円

事務局長	主 幹	主 査	主 事	会 計	係
審査の結果上記のとおり補助金額を決定する。					
平成 年 月 日					

入院療養付加金給付請求書					
請求金額	円				
入院期間	日間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで		
入院事由					
上記のとおり請求します。					
平成 年 月 日					
所属名					
職・名前 ⑩					
一般財団法人三重県公立学校職員互助会理事長 様					
					互助会受付印
					整理番号

(注意事項)

- (1) 太線内を記入してください。
- (2) 公立学校共済組合の保険診療以外で入院した場合及び公立学校共済組合員以外の会員が入院した場合に請求してください。ただし、出産入院は除きます。
- (3) 入院者名・入院期間・保険医療点数・医療機関名の記入された医療機関の発行する領収書を添付してください。
- (4) 「県市職B I T」欄には、県職員は「0」、市町職員は「1」を記入してください。
- (5) 互助会に登録の振込口座に送金されます。