

(14-様式第7号)

所属名	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。					
令和 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	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで		
入院事由					
上記のとおり請求します。					
令和 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) 公立学校共済組合員以外の会員が入院した場合に請求してください。
また、公立学校共済組合証を使用できなかった場合（交通事故や公務災害等）も請求してください。
ただし、いずれも出産入院は除きます。
- (3) 入院者名・入院期間・保険医療点数が記入された医療機関の領収書を添付してください。
- (4) 互助会に登録の振込口座に送金されます。