


○会員が疾病又は負傷により医療機関で連続5日以上入院治療を受けたとき

様式6

入院療養手当金請求書

※ 個人情報については、本会の業務に限り使用いたします。

①	所属名	橘中学校	氏名	宮崎夏海
	所属コード	14000	職員番号	000001
②	入院療養期間 (傷病休職手当金の受給期間は除きます)	令和7年	7月	1日 から
		令和7年	7月	14日 まで (14日間)
	傷病区分 (番号に○印)	1 公務災害	② 交通事故	3 一般疾病
	添付書類・会員チェック欄	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書、入院証明書 等 (写し可)		
上記のとおり請求します。				
令和 7年 8月 1日				
〒880-0801 電話番号 0985-00-0000				
住所 宮崎市老松1丁目2番2号				
氏名 宮崎夏海 				
一般社団法人 宮崎県教職員互助会理事長 様				
③	送金先	宮崎 銀行 ○○ 支店		名義 ※カタカナで記入
		店番号	口座番号	
	000	(普) 0000007		

注) 文部科学省共済組合・全国健康保険協会に加入の会員は本様式で請求してください。

注) 公立学校共済組合・地方職員共済組合に加入の会員は自動給付になりますが、公務災害または、交通事故等で共済組合の健康保険証を使用しない入院治療の場合は自動給付ができませんので、本様式で請求してください。

- ① 所属名/所属コード・氏名/職員番号を記入してください。(※ゴム印可)
- ② 入院療養期間を記入し、傷病区分の番号を○で囲んでください。
※ ただし、「傷病休職手当金 (様式8)」の給付が該当になる期間は除きます。
- ③ 会員本人名義の送金口座を記入してください。