

○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	1 4 0 0 0	職 員 番 号	0 0 0 0 0 1	
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 ○ 年 7 月 1 日 から			
		令和 ○ 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	☒ 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 ○ 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	ミヤザキナツミ	
		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、傷病区分の番号を選択するか、○で囲み、「領収書」または「入院証明書」の写しを添えてください。

※ 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。