様式第１号の３　　（教　互）

入 院 療 養 補 助 金 請 求 書

請求金額	一 金　　円	被保険者証記号番号	

医療機関証明欄	平成　　年　　月　　日から 平成　　年　　月　　日まで 日間　　が入院したことを証明する。 医療機関名 代表者氏名　　㊞

上記のとおり請求します。

平 成　　年　　月　　日

所　属 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職 ＿＿＿＿＿＿　氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

財団法人

福井県教職員互助会理事長　様

互助会受付印

証　明　書

上記のとおり相違ないことを証明する。

所　属　長　　職 印

振込銀行名	銀行		本支店		口座番号	預金者名義
	銀行コード		支店コード			ﾌﾘｶﾞﾅ

※公立学校共済組合員は自動給付ですので、この請求書は使わないでください。

備　考　１．会員および被扶養者が疾病または負傷（第三者行為、公務災害は除く）により、引続き５日以上入院したとき、請求することができます。

２．入院４日を超える日数につき、会員は１日 2,000 円、被扶養者は１日 1,000 円給付されます。ただし、事業年度毎に 100 日が限度です。

３．正常分娩など自費による入院は、給付の対象となりません。

４．なお、会員医療補助金請求書または家族医療補助金請求書で、この請求書にかえることができます。（様式第１号の２の医療証明書に入院期間、入院日数の記入が必要です。）

５．振込銀行は必ず請求者本人の口座を書いてください。