

入院支援金請求書

給付コード									
入院支援金	0	0	0	1	-	0	0		

一般財団法人 大阪府教職員互助組合理事長殿

太枠のみご記入ください。

会員番号 (職員番号)		所属名	〒 (- -)							区分
フリガナ									H・K	
氏名										
住所	〒 - 〒 (- -)									

別紙の書類を添えて下記のとおり請求します。

請求額	¥								給付決定額	¥								
フリガナ																		
療養者氏名																		
入院年月			年			月	入院日数			日								
入院期間	年			月			日 ~			年			月			日		

振込先 (番号を○で囲んでください)					
1	公立学校共済組合に届出の口座				
2	大阪府教育委員会に届出の法定外諸控除金振込口座(A口座)				
特に上記以外の口座を指定する場合は記入してください。					
	銀行名	支店名	普通	口座番号	口座名義
					請求者本人

担当者	資格	受付

- 〈添付書類〉 医療機関が発行するもので診療、入院したことを証するもの。
 〈注意〉
- 1 交通事故等第三者行為または公務災害の場合は、上記証明のほかに交通事故等の証明書または、公務災害認定通知書を必ず添えてください。
 - 2 暦月を単位に請求してください。
 - 3 介護保険での入所・入院は、給付の対象になりません。

◎ 添付書類は鮮明な写しをもって原本に替える事ができます。

※ 請求書に記載いただきました個人情報は、当該事業の正常な運営に必要な業務、および当互助組合の円滑な運営に必要な業務にのみ利用いたします。

給付は、受給事由が発生した日から3年以内に請求があった場合に限り、これを行うことができます。