様式第102号

互

入院見舞金 会員／被扶養者 請求書

（いずれかを○で囲む）

所属コード	組合員証番号	会員氏名	所属名

入院者氏名		公務災害認定年月日 年 月 日

コード 性別	続柄	入院者生年月日 年号コード	年	月	日	入院年月日 年号コード	年	月	日	※決定日数	入院事由
						5					1 出産 2 交通事故 3 その他 （　　）

医師の証明欄

上記の者、令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで入院

ただし、□日間の入院のうち｛保険診療外の入院日数は　日間／保険診療の入院日数は　日間｝である

ことを証明します。

令和　年　月　日

医療機関 住所／氏名

上記のとおり請求します。

一般財団法人　岩手県教職員互助会長　様

令和　年　月　日

（〒　－　）（TEL　－　－　）

請求者 住所／氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。

令和　年　月　日

（〒　－　）（TEL　－　－　）

所属所在地

所属所名

所属所長 職名／氏名

（注）1 この請求書は、保険診療外（分娩、公務災害及び被扶養者の交通事故）で入院した場合に使用してください。

2 ※印欄は記入しないでください。

3 任意継続会員は、所属所長欄の記入の必要がありません。

年号コード：昭和 3／平成 4／令和 5

続柄コード：「福祉のしおり」参照