

傷病手当金（入院）請求書

（一財）兵庫県学校厚生会理事長 様

記入日 20 年 月 日

下記のとおり請求します。

所 属 所 名		給 付 額	
		※ 円	
会 員 番 号	会 員 又 は 請 求 者 名（フリガナ）	会 員 生 年 月 日	
	続 柄 (自署) ()	年 月 日	
入 院 期 間		入 院 日 数	請 求 金 額
. . . ~ . . .		日	円
. . . ~ . . .		日	
上記の記載事項は事実に相違ないことを認めます。			
年 月 日			
所 属 所 名		※ 受 付 印	
所 属 所 長 名		印	
厚 生 会 係 名			
電 話 番 号 () -			

- 1 入院期間すべての領収書等（写し可）又は入院証明書（写し可）を添付して、退院後に請求してください。なお、入院期間が長期にわたる場合は、入院中でも請求可能です。
- 2 「会員又は請求者名（フリガナ）」の欄には、名前を自署することとし、諸事情により自署が難しい場合は、名前を記載し押印してください。
- 3 ※欄は記入しないでください。

※ 厚生会記入欄	前 回 入 院		. . . ~ . . .			
	入 院 年 月 日	退 院 年 月 日	入 院 日 数	区 分	給 付 日 数	給 付 額
			日	新規 継続	日	円
			日	新規 継続	日	円
			日	新規 継続	日	円

※ 精 査	※ 審 査	※ 資 格 審 査
-------	-------	-----------