

入院差額料補助金請求書

現職会員番号	〇〇〇 第 〇〇〇 号	※決定額	円
現職会員氏名	愛 媛 太 郎		
請 求 金 額	20,000 円	2,000 円× 10 日間＝ 20,000 円	
入 院 者 氏 名	愛 媛 太 郎	生 年 月 日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日 会員との続柄 (本人)
医 療 機 関 名	〇 〇 〇 病院		
入 院 期 間	平成 〇 年 4 月 25 日 から 令和 〇 年 5 月 10 日 まで		
入院中室料差額を支払った期間	10 日間	(1日の室料差額 4,500 円を 8 日間) 6,300 円を 2 日間)	
給付金振込指定金融機関名	(1) 個人指定口座	(2) その他の口座	銀行 本店・支店 農協 本所・支所 口座番号 () 口座名義 ()
上記のとおり請求いたします。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 請求者氏名 愛 媛 太 郎 (印)			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 職 名 〇〇〇市長 所属所長 氏 名 〇〇〇 〇〇〇 一般財団法人愛媛県市町村職員互助会会長 様 (印)			

(注) 1 この請求書には、「入院差額料領収書」（日数、単価等を明記）を添付してください。
なお、不明な点があれば病院等に確認することがあります。
2 医療機関ごとに請求してください。
3 入院期間ごとに請求してください。
ただし、年度をまたいで入院をした場合は、年度ごとにわけて請求してください。