

入院差額料補助金請求書

現職会員番号	〇〇〇 第 〇〇〇〇 号	決定額 ※(互助会記入欄)	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	令和 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 店・所 農協 金庫
			口座番号 () 口座名義 () <small>口座名義はカタカナでご記入ください。</small>
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			
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			

- (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。

