

支部長認印

# 入院給付金請求書

令和 年 月 日

山口県知的障害者福祉協会長 様

会員又は代理人

請求者氏名

印

下記のとおり請求します。

記

会 員 入 所 者	所属支部	
	会員番号	
	入所者氏名	
	疾病名	
	医療機関名	
入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 日間)	
金額	円 ( 日分)	
支部長口座番号	金融機関名 銀行 支店 口座番号等 (普通・当座) 口座名義人 (フリガナ)	

※ 本年度疾病による入院給付金請求の 有・無 (いずれにかに○)

給付実績	病名	_____	( ) 日分	円
	病名	_____	( ) 日分	円
	病名	_____	( ) 日分	円

※ 7日以上入院の場合は、診断書等を添付すること。