

所 属 名	
所属コード	
フリガナ	
氏 名	
職 員 番 号	

互助会受付
-------

(給規様式第4号)

※	事務局長	事務局次長	課長	係
※				

※ 一金 円也

※ 査定の結果上記のとおり支給金額を決定します。  
年 月 日

## 会 員 入 院 見 舞 金 請 求 書

一金 円也

受診者名		入 院 月	年 月分
病院名			( ____日 から ____日 まで ____日間 ) ※月ごとに請求すること

上記のとおり別紙証明書を添えて請求します。

年 月 日

所 属 名

職 氏 名

一般財団法人 大分県教職員互助会会長 殿

- ※印欄は記入しないこと。
- 月毎に請求すること。
- 入院日数の確認できる証明書(領収書)を添付すること。
- 本人の押印及び所属長証明は不要とする。

### 5. 新型コロナウイルス感染症に罹患し、「自宅療養」又は「宿泊療養」の場合の記入方法・添付書類

- 「病院名」には「自宅療養」又は「宿泊療養」と記入。
- 「入院月」( \_\_\_\_ ) 日から ( \_\_\_\_ ) 日までの⑦⑧には次の日を記入してください。
  - 「自宅療養」の場合・・・⑦診断日 ⑧自宅療養最終日(就業可の前日)
  - 「宿泊療養」の場合・・・⑦診断日 ⑧宿泊療養最終日(就業可の前日)
  - 「自宅療養」から「宿泊療養」となった場合・・・⑦診断日 ⑧宿泊療養最終日(就業可の前日)

#### ③添付書類(コピー可)

- 医療機関等から発行された通知書等
- 「休暇欠勤処理簿」と「出勤簿」の写し【上記 1) がない場合】

#### ④給付対象

- 2023年3月31日までに新型コロナウイルス感染症を発症した場合
- 2023年4月1日以後の発症の場合は、「新型コロナウイルス感染症罹患見舞金」での請求です。