

課長	係長	係員

伺 下記のとおり支給して
よろしいか。

入院附加金請求書(430)

入力	
----	--

下記のとおり請求します。
茨城県市町村職員共済組合理事長 様

請求金額	(入院日数) 円× 日	決定金額	円
------	----------------	------	---

請求日	年	月	日	所属所	
組合員証 記号番号					
組合員氏名	印			取得 年月日	年 月 日
				喪失 年月日	年 月 日
傷病名					傷病の原因 (具体的に詳しく書いてください。) (一般疾病・自損事故・第三者行為)

入院期間(1回につき連続して7日以上に限る。)

年 月 日から	日間	年 月 日から	日間
年 月 日まで		年 月 日まで	
年 月 日から	日間	年 月 日から	日間
年 月 日まで		年 月 日まで	
年 月 日から	日間	年 月 日から	日間
年 月 日まで		年 月 日まで	
年 月 日から	日間	年 月 日から	日間
年 月 日まで		年 月 日まで	

合計 日	合計 日
上記期間のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日	上記期間のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日
住所 医療機関 名称 氏名 印	住所 医療機関 名称 氏名 印

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

職名
所属所長 氏名 印

受付印

1. 太線の中を記入してください。
2. 第三者行為等による場合で、組合員証を使用しなかったときに請求して下さい。
3. 公務による傷病及び正常分娩による入院については、請求できません。

