

# 入院助成金について

この事業は、退職医療組合員が引き続いて7日以上入院した場合に助成金を支給します。

## 【1】助成額

- 入院日数 × 日額 1,000円 (平成31年4月1日入院分から適用)
- 入院日数 × 日額 1,200円 (平成31年3月31日以前の入院分に適用)

ただし、1年度(4月～翌3月)毎に、60日分を限度とします。

(※未請求分がある場合は、現在から3年間さかのぼって請求することができます。)

## 【2】入院期間の証明について

次の〔1〕または〔2〕のどちらかの方法で請求してください。

〔1〕入院期間の確認できる書類として、

次の①～③のいずれか一つのコピーを添付してください。

- ①領収書(入院期間の記載があるもの)
- ②入院証明書
- ③退院証明書

(※注)・上記の書類については、原本を個人で保管する必要のない場合は、原本で可。

・上記の①～③のいずれかを添付した場合は、〔2〕の証明は必要ありません。

〔2〕入院期間の確認できる書類が無い場合は、「**保険医療機関証明欄**」に、  
病院で入院期間の証明を受けてください。

## 【3】請求にあたってのお願い(※入院助成金請求書の記入方法等)

- (1)「住所」欄は、送金通知をお受け取りになる住所を記入してください。
- (2)押印は、認印可です。
- (3)「振込先」の欄は、請求者本人名義の口座を記入して、「フリガナ」は必ず記入してください。
- (4)右上※の「給付年月日」、「互助組合決定額」の欄は記入しないでください。

## 【4】その他

- (1) 1年度内に当該年度分を、既に請求したことがある場合  
支給日数は互助組合で管理しており、支給限度日数は当組合で確認します。
- (2) 入院期間が3年度にまたがっている場合  
支給限度日数は、それぞれの年度で60日ずつとなります。
  - 〔1〕領収書(コピー)添付の場合 → 1枚の請求書で3年度分を添付する。
  - 〔2〕請求書に病院の証明を受ける場合  
→ ①病院が異なる場合は、1枚の請求書に1病院で証明を受ける。  
②病院が同じ場合は、1枚の請求書に3年度分の証明をうける。

ご質問がございましたら、互助組合までお問い合わせください。

どうぞよろしくお願いいたします。



# 入院助成金請求書

太枠内に記入・押印

退職医療組合員番号		会員区分		本人・配偶者の ←該当するものを ○で囲んでくだ さい。	※ 給付年月日																		
⑤		本 人	配 偶 者		※ 互助組合決定額																		
次のとおり入院助成金を請求します。 一般財団法人広島県教育職員互助組合理事長 様  令和 年 月 日  請求者 住所 〒 _____  _____  名 前 _____ ⑤  TEL ( ) _____				<table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>金額 (円)</th> <th>日数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>計</td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		年度	金額 (円)	日数													計		
年度	金額 (円)	日数																					
計																							
送金先	銀行・信用金庫 _____ 支店 農協・信用組合 _____ 支店  今後、互助組合への登録口座は、→右記の口座に変更する。希望者はチェックを！ <input type="checkbox"/> 普通預金 口座番号 (No. _____) (フリガナ) ( _____ ) <input type="checkbox"/> 口座名義人 _____																						
<b>保険医療機関証明欄</b>																							
療養者名前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生																							
前記の者の入院について、次のとおり証明します。																							
入院期間 令和__年__月__日 ~ 令和__年__月__日 ( __日間 )																							
令和__年__月__日 ~ 令和__年__月__日 ( __日間 )																							
令和__年__月__日 ~ 令和__年__月__日 ( __日間 )																							
令和__年__月__日 ~ 令和__年__月__日 ( __日間 )																							
令和__年__月__日 ~ 令和__年__月__日 ( __日間 )																							
令和 年 月 日 (医療機関名) _____ ⑤																							

(注)・※印の欄は記入しないでください。

・「保険医療機関証明欄」は、入院期間の確認できる書類（領収書、入院証明書等）が無い場合に限り医療機関で記入してもらってください。

・引き続き7日以上入院が助成対象になります。

・助成額は、日額1,200円で、1会計年度60日分が限度です。

不明な点は互助組合までお尋ねください。互助組合 TEL (082) 228-1386