

入院助成金の請求について

退職医療組合員が、引き続いて7日以上入院した場合、**入院助成金**を支給します。

助成額	<ul style="list-style-type: none"> ・日額 1,000円 × 入院日数 (平成31年4月1日入院分から適用) ・日額 1,200円 × 入院日数 (平成31年3月31日以前の入院分から適用) ・1年度(4月～翌3月)ごとに、60日分を限度とします。
請求期間	入院した日から、3年以内
請求方法	次の〔1〕または〔2〕のどちらかの方法で請求してください。
	<p>【入院期間の確認できる書類がある場合】</p> <p>〔1〕 次の①～③のいずれか1つ(コピー可)を添付してください。</p> <p>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</p> <p>【入院期間の確認できる書類が無い場合】</p> <p>〔2〕 別紙「入院助成金請求書」の中にある「保健医療機関証明欄」に、病院で入院期間の証明を受けてください。</p> <p>●1枚の「入院助成金請求書」に、1病院の証明を受けてください。</p>
記入事項	<ul style="list-style-type: none"> ・住所……送金通知をお受け取りになる住所を記入してください。 ・名前……組合員様のお名前を記入してください。 ・振込先……請求者(組合員)本人名義の口座を記入してください。 (フリガナは必ず記入) <p>(注)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。</p>
その他	<p>支給限度日数は、1年度ごとに60日ずつとなります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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。 ●入院期間が2～3年度にまたがっている場合 <ul style="list-style-type: none"> (1)領収書(コピー可)添付の場合 1枚の「入院助成金請求書」に、全年度分(既請求分を除く)を添付する。 (2)「入院助成金請求書」に病院の証明を受ける場合 <ul style="list-style-type: none"> ①複数の病院に入院した場合は、1枚につき、1病院で証明を受ける。 ②病院が同じ場合は、1枚に全年度分の証明を受ける。
問合せ先	広島県教育職員互助組合 ☎ (082) 228-1386



入院助成金請求書

毎月10日(必着)
⇒その月の28日送金

太枠内に記入

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				
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					※ 互助組合決定額		
令和 年 月 日					年度	金額(円)	日数
請求者 住所 〒 _____							
氏名 _____							
TEL () _____					計		

※(→) 1及び2に○をつけてください	1. 現在の登録口座で受領する		
	2. 次の口座で受領する(銀行名・支店名・普通預金口座番号・口座名義をご記入ください)		
	銀行 農協 信用金庫 信用組合	本店 支店	普通預金口座番号
	(フリガナ)	ゆうちょ銀行の場合、記入してください。 記号 () 番号 ()	
送金先	口座名義		

保険医療機関証明欄

療養者氏名 _____ 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

・「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、医療機関で証明を受けてください。

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