

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

日額 1,200円 × 入院日数

ただし、一年度（4月～翌3月）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、「フリカナ」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年度分の証明を受ける。

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致します。

一般財団法人広島県教育職員互助組合
給付係

Tel (082) 228-1386



入院助成金請求書

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 平成 年 月 日 請求者 住所 〒 _____ _____ 名 前 _____ ⑤ TEL () _____					平成 年度 円 (日分) 平成 年度 円 (日分) 平成 年度 円 (日分) 計
送 金 先	銀行・信用金庫 農協・信用組合 _____ 支店 普通預金 □座番号 (No. _____) (フリガナ) (_____) □座名義人 _____ <input type="checkbox"/> : 今後、互助組合への登録口座は、↑上記の口座に変更する。 (↑) 希望者はチェックを！				
保険医療機関証明欄					
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 平成__年__月__日 ~ 平成__年__月__日 (__日間)					
平成__年__月__日 ~ 平成__年__月__日 (__日間)					
平成__年__月__日 ~ 平成__年__月__日 (__日間)					
平成__年__月__日 ~ 平成__年__月__日 (__日間)					
平成__年__月__日 ~ 平成__年__月__日 (__日間)					
平成 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