



退職医療制度様式集

令和8年度 保存版



氏名	
組合員番号	

組合員番号は、互助組合から送付した封筒の「宛名ラベル」の氏名の右下に表示しています。各請求書等を作成する際に必要になる番号ですので、忘れないように記入してください。

〈例〉(8051) → 組合員番号は「8051」の4桁です。

※組合員番号は右詰めでご記入ください。

(25301) → 組合員番号は「25301」の5桁です。

一般財団法人 広島県教育職員互助組合

〒730-8514 広島市中区基町9-42

TEL : (082) 228-1386 (直通) / FAX : (082) 228-1398

<https://www.gojo.or.jp>

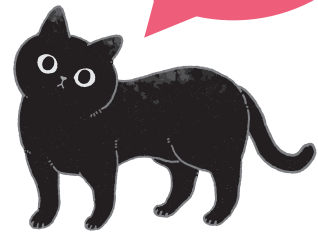
令和8年度版の様式集を作成しましたので、請求手続きの際に使用してください。
なお、この様式集は年1回の発行となりますので、大切に保管してください。
また、御家族の方にもお知りおきいただきますようお願いいたします。

目次



- P3 令和8年度退職医療制度 事業一覧表
- P4 療養補助金の請求手続きについて
- P5 療養補助金請求書記入例
- P6 入院助成金の請求手続きについて
入院助成金請求書記入例
- P7 入院助成金請求書（コピー等して御使用ください。）
- P9 医療費控除について
送付連絡用紙
- P11 慶祝金の請求手続きについて
慶祝金請求書記入例
- P12 氏名、住所、給付金振込先等が変わったときの手続きについて
変更届記入例
- P13 変更届（コピー等して御使用ください。）
- P14 死亡弔慰金の請求手続きについて
死亡弔慰金請求書記入例
- P15 死亡弔慰金請求書
- P16 令和8年度 給付の請求・給付スケジュール

コピーを
して使うと
再利用可能！



令和8年度退職医療制度 事業一覧表

退職医療組合員の医療費等の負担の軽減や健康管理を目的とした、給付事業・福祉事業を実施しています。
事業内容・利用期間を御覧いただき、御利用ください。

事業名	事由	内容	利用期間	該当頁																				
給付事業	療養補助金	<p>医療費総額の2割を給付(保険適用分) ※医療機関ごとに月最高限度額63,600円まで ※健康保険適用外の診療費は、給付対象外です。 ※自己負担額が医療費総額の2割未満の場合は、自己負担額を限度として給付します。 [④退職医療給付(療養補助金)請求書]を記入の上、保険医療機関の領収書(コピー可)を添付して請求してください。 なお、請求書が必要な場合は、P9の「送付連絡用紙」で請求してください。</p>	満70歳に達した会計年度末まで	4~5 9																				
	死亡弔慰金	<p>加入期間に応じて遺族に支給</p> <table border="1"> <tr> <td>1年未満</td> <td>200,000円</td> <td>1年以上2年未満</td> <td>180,000円</td> </tr> <tr> <td>2年以上3年未満</td> <td>160,000円</td> <td>3年以上4年未満</td> <td>140,000円</td> </tr> <tr> <td>4年以上5年未満</td> <td>120,000円</td> <td>5年以上6年未満</td> <td>100,000円</td> </tr> <tr> <td>6年以上7年未満</td> <td>80,000円</td> <td>7年以上8年未満</td> <td>60,000円</td> </tr> <tr> <td>8年以上9年未満</td> <td>40,000円</td> <td>9年以上</td> <td>20,000円</td> </tr> </table> <p>御遺族の方は、P15の「④退職医療給付(死亡弔慰金)請求書」を記入の上、P14の「請求書に添付する書類」を添付して請求してください。</p>	1年未満	200,000円	1年以上2年未満	180,000円	2年以上3年未満	160,000円	3年以上4年未満	140,000円	4年以上5年未満	120,000円	5年以上6年未満	100,000円	6年以上7年未満	80,000円	7年以上8年未満	60,000円	8年以上9年未満	40,000円	9年以上	20,000円		14~15
	1年未満	200,000円	1年以上2年未満	180,000円																				
2年以上3年未満	160,000円	3年以上4年未満	140,000円																					
4年以上5年未満	120,000円	5年以上6年未満	100,000円																					
6年以上7年未満	80,000円	7年以上8年未満	60,000円																					
8年以上9年未満	40,000円	9年以上	20,000円																					
慶 祝 金	組合員が70歳以上の長寿年齢に達したとき	<p>該当年齢に達したときに10,000円を支給</p> <ul style="list-style-type: none"> ・70歳(古希) ・77歳(喜寿) ・80歳(傘寿) ・88歳(米寿) ・90歳(卒寿) ・99歳(白寿) <p>誕生日に互助組合から送付する「④退職医療給付(慶祝金)請求書」を記入の上、請求してください。</p>	終身	11																				
福祉事業	1日人間ドック助成	<p>健診料金のうち、12,000円を助成 【互助組合指定健診機関】 広島市7か所・呉市1か所・三原市1か所・尾道市1か所 福山市2か所・三次市2か所・庄原市1か所・東広島市2か所 廿日市市1か所 互助だよりNo.126(5月号)の「令和8年度1日人間ドック助成事業 受診者募集!」により申込み、決定された場合、助成金12,000円は互助組合が各健診機関に直接支払いますので、この事業に係る請求は不要です。</p>	互助だより No.126 (5月号)																					
	入院助成金	<p>日額1,000円 ※1年度毎に最高60日分まで支給 P7の「④入院助成金請求書」を記入の上、P6のフロー図に沿って請求してください。なお、様式が複数枚必要な場合は、P7をコピーするか、ホームページからダウンロードして使用してください。 P9の「送付連絡用紙」で、様式を請求することも可能です。</p>		6~9																				
	健康記念	<p>30,000円を支給 令和7年度中に70歳に達した方で、加入日から令和7年度末(令和8年3月31日)まで療養補助金の給付を受けなかった方が対象です。 該当者に令和8年8月28日(金)に登録されている口座に送金しますので、この事業に係る請求は不要です。</p>	—	—																				
	広 報 紙	「互助だより」発行	<p>全組合員に配付 ※1会計年度1回発行(5月) *事業の案内、募集等をお知らせします。</p>	終身	—																			

※給付の請求ができるのは、その給付事由の生じた日から3年以内です。

※各事業の請求手続等については、次ページ以降を御覧ください。

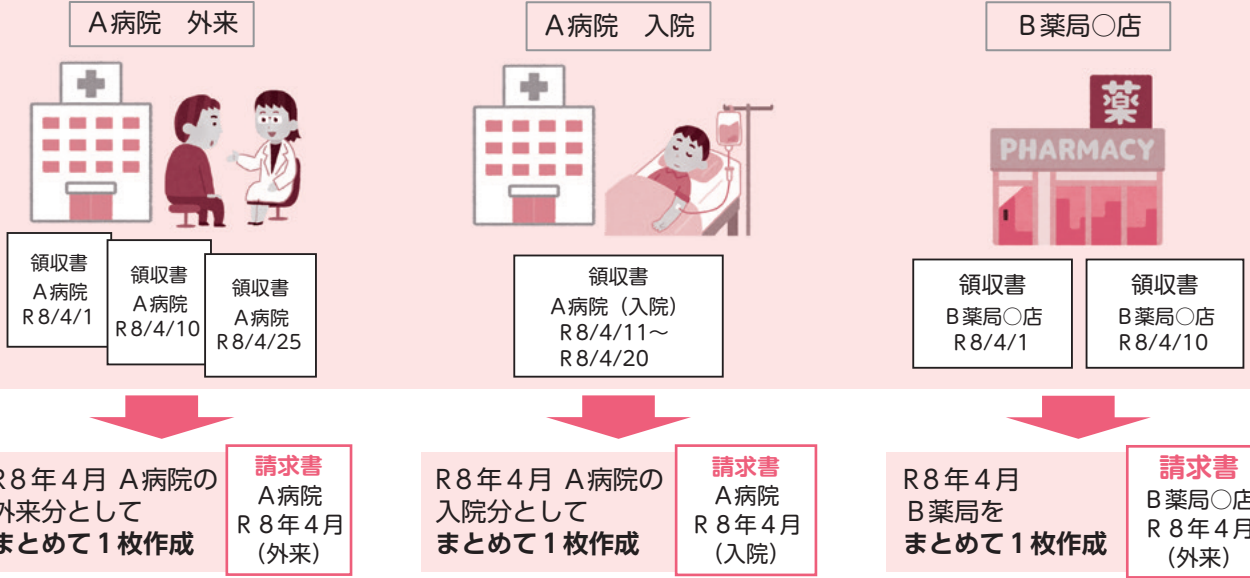
※業務の都合上、互助組合から、医療機関や健診機関に問合せすることがありますので、御承知おきください。

療養補助金の請求手続きについて

退職医療組合員が保険医療機関で受診（満70歳に達した年度末までの受診で、保険適用分に限る。）し、自己負担があるときは、療養補助金の対象となりますので、次の点に注意して請求してください。

①請求書は、月ごと、保険医療機関ごと、入院・外来ごとにそれぞれ1枚作成してください。

例：令和8年4月に受診したものを請求するとき



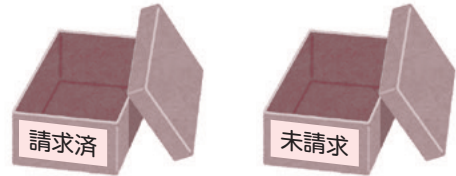
②請求書は、その月の受診が終了してから、診療月の翌月以降に提出してください。

例：令和8年4月に複数の医療機関を受診した場合



③重複請求が多く見受けられます。

領収書をコピーして添付する場合は、請求済と未請求の領収書を区別して保管してください。



④診療当日分以外の支払があり、「未収金」に金額が記載されている領収書については、医療機関に、保険診療分なのか、保険点数は何点なのかを明記してもらってください。

日付と点数を明記してもらってください!

未収金	
4/10 100点	300円

領収書 R8.4.25		
▲▲料	××料	合計点数
200点	320点	530点

未収金	請求金額	領収金額
4/10 100点 300円	1590円	1890円

D病院

※領収書に氏名・診療点数の記載がなく、保険診療分かどうか分からない領収書がありますので、その場合は、氏名・保険診療分・保険外分の金額をそれぞれ医療機関に明記してもらってください。

氏名 領収書 R8/10/8
¥1,000円
但 治療費として領収済み
(一部負担金300円、保険外700円)

一部負担金(保険適用)・保険外の金額を明記してもらってください!
(一部負担金300円、保険外700円)

⑤高額な医療費を「限度額適用認定証」を提示せずに支払った時は、受診した月に加入していた健康保険に「高額療養費」の申請を行い、「高額療養費」を受給してください。

その後で、互助組合に請求してください。

公立学校共済組合の保険証を持っている。

はい

いいえ

「給付金明細書」(公立学校共済組合から発行)の写しを添付して請求してください。

「高額療養費支給決定通知書」(国保(市町等)や協会けんぽから発行)の写しを添付して請求してください。

④⑤につきましては、互助組合から関係機関に問い合わせをしても、個人情報に当たるため回答が得られないことが多くあります。御協力ください。



㊦退職医療給付(療養補助金)請求書記入例

第5条関係

㊦ 退職医療給付 (療養補助金) 請求書

太枠内に記入してください。

退職医療組合員番号 25301	請求年月日 令和 8 年 10 月 1 日	療養者の区分(いずれかに○を) <input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 配偶者	加入している公的医療保険の自己負担割合 3 割
---------------------------	---	--	-----------------------------------

次のとおり療養を受けましたので、療養補助金を請求します。
一般財団法人 広島県教育職員互助組合理事長 様

請求者氏名 **互助 三郎**

今回の請求が、次の公的な医療費助成の受給に該当する方のみ、記入してください。

① 次の受給者証等(A~C)をお持ちの方は○で囲み、その他はDに記入し、当該自己負担割合及び自己負担限度額を記入ください。 ② 「限度額適用認定証」をお持ちの方で、次の該当する高額療養費の適用区分を○で囲んでください。

A 特定疾病療養受療証	自己負担割合	70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ
B 特定医療費(指定難病)受給者証	(割)	70歳以上	(現役並)Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ・一般・(非課税)Ⅱ・Ⅰ
C 重度心身障害者医療費受給者証	自己負担限度額		
D その他(受給者証)	(円)	※市町等から、高額療養費の払戻しを受給された方は、「高額療養費支給決定通知書」(写)を添付してください。	

※受給者証等に自己負担割合の記載がない場合は、記入不要です。

この欄は、受給者証等をお持ちの方又は限度額適用認定証等をお持ちの方のみ記入してください。

療 養 内 容

療養者氏名 互助 三郎	療養者生年月日 昭和 36 年 11 月 25 日生	療養年月 令和 08 年 09 月
-----------------------	--	------------------------------------

※保険医療機関等1箇所のみを記入

病院 広島 病院	(保険医療機関等) ※合計点数	外来 <input checked="" type="radio"/> 入院 <input type="radio"/>
クリニック	点	1 ・ 2
接骨院	(接骨院等) ※保険適用の施術料合計	↑いずれかの番号に○を
	円	

領収書のコピーは左端の貼付欄に収まるように糊付けしてください。

領収書がない場合や、鍼灸接骨院等の保険点数の記載のない領収書が発行された場合は、保険医療機関等で点数、金額を記入してもらい、証明を受けてください。

令和 年 月 日

所在地

保険医療機関名 (接骨院等)

電話番号

㊦

対象外の例

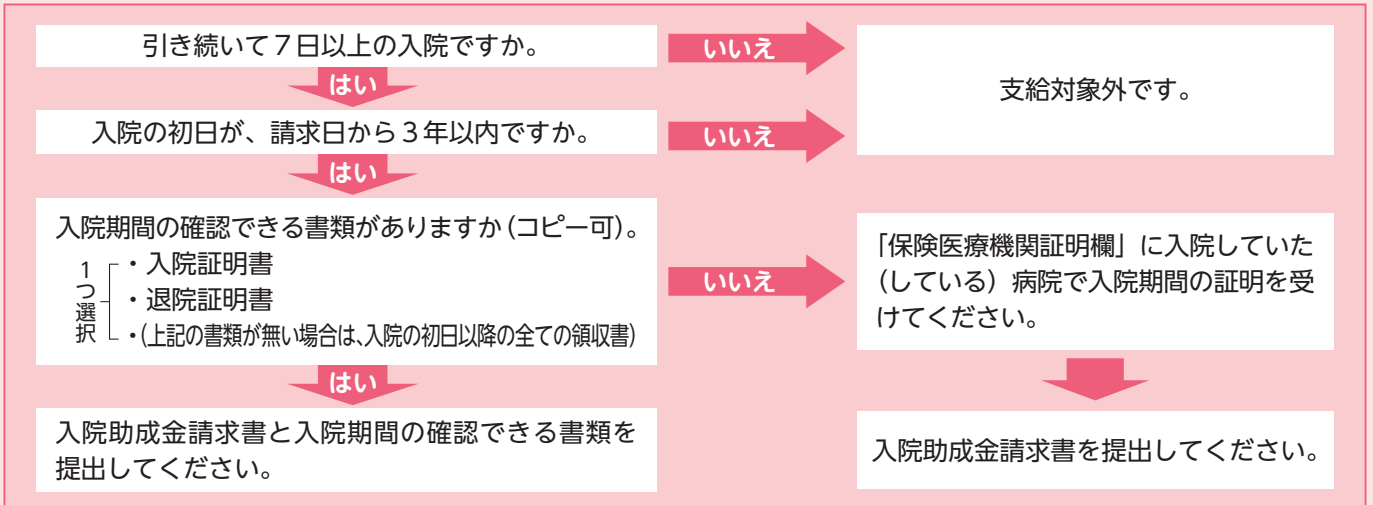
- 健康保険適用外の治療
- 健康診断、人間ドックの経費
- インフルエンザ等の予防接種料
- 肺炎球菌の予防接種料
- 文書料(診断書)
- 接骨院等で受けた保険適用外の施術(はり・きゅう・マッサージ)
- 入院に関する諸費用(入院時食事代、室料差額、その他雑費)
- 保険薬局の処方箋以外で薬局で購入した薬品等
- デイケア施設利用料
- 介護保険制度の診療分
- 病院までの交通費

これらは、給付対象外なので、請求できません。



入院助成金の請求手続について

退職医療組合員が引き続いて7日以上**健康保険適用**の医療機関に入院された場合は、入院助成金が支給されます。次の枠内の記載に従って手続きしてください。※介護保険による入院は対象外です。



※注意

- ①介護施設に入所された場合や自宅療養された場合は対象になりません。
- ②70歳までの組合員は、療養補助金も併せて請求できます。(診療点数の記載のある領収書が必要になります。)

⑤入院助成金請求書記入例

⑤ 入院助成金請求書

退職医療組合員番号	25301	会員区分	本人	※ 給付年月日	
次の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8年6月1日 請求者 住所 〒765-4321 広島市中区互助町1丁目2-3 氏名 互助 三郎 TEL (082) 123-4567				※ 互助組合決定額 年度 金額(円) 日数 計	
送金先	広島	銀行	県庁	本店	普通預金口座番号
		農協		支店	1 2 3 4 5 6 7
		信用金庫			
		信用組合			
(フリガナ)	ゴジョ サブロウ		ゆうちょ銀行の場合、記入してください。		
口座名義	互助 三郎		(記号) (番号)		

※ (-) 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)

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) _____ ㊟

チェック欄

- 以下のいずれか1つの書類を添付していますか。(コピー可)
- 1つ選択
- 入院証明書
 - 退院証明書
 - 領収書(入院の初日から入院期間の記載のあるもの)

確実に送金できる口座を記入してください!

「1.現在の登録口座で受領する」を選択された場合に、登録口座の「解約」や「金融機関の統廃合による支店の変更」により、送金ができない事案が発生しています。登録口座を変更する場合は、P13の変更届を提出してください。



「保険医療機関証明欄」は、入院期間の確認できる書類がない場合に、保険医療機関に証明を受けてください。



入院助成金請求書

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		※ 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 〒 _____ _____ 氏名 _____ 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																							

※ (→) 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) 口座名義	ゆうちょ銀行の場合、記入してください。 記号 番号 () ()	

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

<注意>

入院期間を確認するため、請求書内の「保険医療機関証明欄」に入院していた(している)保険医療機関の証明を受けるか、入院証明書又は退院証明書を添付してください。

なお、入院期間の記載のある領収書(コピー可)を添付する場合は、原則、入院した日(入院した初日)以降の全ての領収書を添付してください。

医療費控除について

医療費控除とは、確定申告する方やその方と生計を一にする配偶者やその他の親族のために、1年間（1月～12月）に支払った医療費^(※)が一定額を超えると、その医療費の額をもとに計算される金額の所得控除が受けられる制度です。

※「1年間に支払った医療費」とは、病院等で支払った自己負担額から、互助組合から支給される「療養補助金」及び「入院助成金」や、保険会社等から支払われる保険金を差し引いた額となります。
なお、医療費控除の申請方法等については、税務署にお問い合わせください。

医療費控除を申告される方は、互助組合から、給付月に送付した「給付決定通知書」を保管しておいて、申告時に医療費控除の資料として使用してください。



〈キリトリ〉

「療養補助金請求書」・「入院助成金請求書」の送付を希望される場合は、退職医療組合員番号、氏名、送付先住所、御希望の書類の必要事項を記入して郵送又はファックスでお送りください。

送付連絡用紙					
退職医療組合員番号					氏名
送付先住所	〒				
療養補助金請求書	10枚	20枚	30枚	50枚	
入院助成金請求書	1枚		2枚		

〈キリトリ〉

慶祝金の請求手続について

退職医療組合員の方が70歳以上の長寿年齢に達したときに、慶祝金を給付しますので、「㊦退職医療給付（慶祝金）請求書」を記入の上、互助組合に提出してください。

互助組合から請求書を送付したときに、宛所不明として返送されるものが多いです。

転居等された場合は速やかにP13の「変更届」を提出してください。

慶祝金の請求書は、互助組合から誕生日初旬に送付します。



㊦退職医療給付（慶祝金）請求書記入例

(第5条関係)

㊦退職医療給付（慶祝金）請求書

退職医療組合員番号		※ 給付年月日				会員区分							
0	0	1	0	9	5	7	令和	年	月	日	本人	配偶者	
		給付内容区分		※互助組合決定金額(円)									
		慶祝金		10000									
		退職医療組合員の生年月日											
		明治	大正	昭和	3	1	年	0	7	月	0	1	日
慶祝金	対象者	互助 太郎			年齢	70 歳	70 歳 (古稀)						
	(一) 受領口座を指定してください	1. 現在の登録口座で受領する。 ② 次の口座で受領する。 (金融機関名) <u>広島銀行</u> (支店名) <u>山川</u> 支店 口座番号 : (<u>1234567</u>) フリガナ : (<u>ゴジョ タロウ</u>) 口座名義 : (氏名) <u>互助 太郎</u>											
給付金受領方法													

上記のとおり（慶祝金）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 8 年 10 月 1 日

郵便番号 〒 765-4321

住所 広島市中区互助町1丁目2-3

請求者 氏名 互助 太郎

電話 082-123-4567

(注)・※欄は記入しないでください。

色付部分は、互助組合で印字しています。

確実に送金できる口座を記入してください！

「1.現在の登録口座で受領する」を選択された場合に、登録口座の「解約」や「金融機関の統廃合による支店の変更」により、送金ができない事案が発生しています。

登録口座を変更する場合は、P13の変更届を提出してください。



氏名、住所、給付金振込先等が変わったときの手続について

退職医療組合員の氏名、住所、電話番号、給付金振込先（登録口座）に変更があったときは、P13の「㊟変更届」（コピー可）を記入の上、速やかに提出してください。

毎年、互助組合から発送した郵便物が宛所不明として戻ってくるが多くあります。書類が返送される状態が3年間継続した場合は郵便物の送付を停止します。

送付を停止している間は、互助だよりや慶祝金の請求手続に関する通知等は届かなくなりますので、転居される際は特に注意してください。

また、金融機関の統廃合により支店等が変更され、現在の利用口座と互助組合の登録内容が異なっている場合があります。その場合は振込ができなくなりますので、必ず変更届を提出してください。

㊟変更届記入例

(第7条関係)

退職医療組合員番号		変 更 届	
2 5 3 0 1			
※変更した事項の欄のみ記入して下さい	変更事項	変 更 前	
	フリガナ	変 更 後	
	氏 名		
	郵便番号	〒 7 2 0 - 8 5 1 4	〒 7 6 5 - 4 3 2 1
	フリガナ	フクヤマシフクリチョウ99-99-103	ヒロシマシナカクゴジョマチ1-2-3
	住 所 (詳細に記入してください)	福山市福利町99番99号103号室	広島市中区互助町1丁目2-3
	電話番号	(084) 000 - 0000	(082) 123 - 4567
	登録口座	銀行 金庫 信用金庫 信用組合 農協 福山 本店 山川 支店	銀行 金庫 信用金庫 信用組合 農協 広島 本店 県庁 支店
	口座番号 1 2 3 4 5 6 7 フリガナ ゴジョ サブロウ 口座名義 互 助 三 郎	口座番号 1 2 3 4 5 6 7 フリガナ ゴジョ サブロウ 口座名義 互 助 三 郎 (注) ※通帳のコピーを添付	
変更年月日	令和 8 年 6 月 1 日		
上記のとおり変更しましたので届けます。 一般財団法人広島県教育職員互助組合理事長 様 令和 8 年 6 月 10 日 退職医療組合員(氏名) 互助 三郎			

チェック欄
給付金振込先（登録口座）を変更される場合
 変更後の通帳のコピーを添付していますか。



変更届

退職医療組合員番号														
※変更した事項の欄のみ記入して下さい	変更事項	変 更 前						変 更 後						
	フリガナ													
	氏 名													
	郵便番号	〒				-								
	フリガナ													
	住 所 (詳細に記入してください)													
	電話番号	()	-		()	-				
	登録口座	銀行 金庫 信用金庫 信用組合 農協			本店 支店			銀行 金庫 信用金庫 信用組合 農協			本店 支店			
普通預金		口座番号					普通預金	口座番号						
		フリガナ						フリガナ						
		口座名義						口座名義						
												(注) ※通帳のコピーを添付		
変更年月日	令和 年 月 日													
<p>上記のとおり変更しましたので届けます。</p> <p>一般財団法人広島県教育職員互助組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">退職医療組合員(氏名) _____</p>														

（キリトリ）

(お願い)

給付金振込先(登録口座)を変更される場合は、変更後の通帳のコピーを添付してください。
また、金融機関の統廃合により支店が変更となった場合も、同様に変更届が必要となります。

死亡弔慰金の請求手続について

退職医療組合員が死亡されたときは、遺族^(※)に死亡弔慰金を支給しますので、P15の「㊤退職医療給付（死亡弔慰金）請求書」（コピー可）を記入の上、次の書類を添付して請求してください。

★請求書に添付する書類

本籍地が記載されている場合は、マジック等で見えないようにしてください。

- ①死亡日が確認できる書類（例えば、戸籍謄本の写し、死亡診断書の写し）
- ②死亡した組合員と遺族との続柄が確認できる書類
（例えば、戸籍謄本の写し、住民票の写し（続柄の記載のあるもの））
- ③送金先の通帳の写し

死亡される前に、健康保険適用の医療機関に引き続いて**7日以上**入院されていた場合は、入院助成金も請求できますのでP6～7を参考にしてください。入院助成金と死亡弔慰金の請求者は同じ方にしてください。



※遺族の範囲

互助組合の「組合員に関する規則」により、請求資格のある遺族は、組合員であった者の配偶者又は子、配偶者や子がいない場合は父母、孫及び祖父母となります。

該当する遺族がいない場合は、お手数ですが、必ず互助組合へ電話等で連絡してください。

㊤退職医療給付（死亡弔慰金）請求書記入例

（第5条関係）

㊤退職医療給付（死亡弔慰金）請求書

退職医療組合員番号					※ 給付年月日					会員区分			
1	2	3	4	5	令和	年	月	日	本人	配偶者			
給付内容区分					※互助組合決定金額(円)								
死亡弔慰金													
退職医療組合員の生年月日													
		明	大	昭	0	5	年	0	5	月	2	0	日
死亡弔慰金	死亡者氏名	互助 二郎					死亡年月日	令和8年5月15日					
	給付金	(金融機関名) 安芸銀行					(支店名) 広島支店						
受領方法						口座番号 : (1 2 3 4 5 6 7) フリガナ : (コウヨ 7キ) 口座名義 : 互助 明子							

上記のとおり（死亡弔慰金）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 8 年 6 月 15 日

郵便番号 〒 765 - 4321

住所 広島市中区互助町1丁目2-3

請求者

氏名 互助 明子

電話 (082) 123-4567

チェック欄

- 請求者は遺族としての資格を有していますか。
- 以下の書類は添付していますか。

- 全て必要
- 死亡の事実が確認できる書類
 - 死亡した組合員と請求者である遺族との続柄が確認できる書類
 - 送金先（請求者名義）の通帳の写し

㊦退職医療給付(死亡弔慰金)請求書

退職医療組合員番号				※ 給付年月日					会員区分			
				令和	年	月	日		本人	配偶者		
				給付内容区分			※互助組合決定金額(円)					
				死亡弔慰金								
				退職医療組合員の生年月日								
				明治	大正	昭和		年	月	日		
死亡弔慰金	死亡者氏名							死亡年月日				
	給付金 受領方法	(金融機関名) _____	(支店名) _____									
口座番号 : (_____) フリガナ : (_____) 口座名義 : _____												
上記のとおり(死亡弔慰金)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 郵便番号 〒 _____ 住所 _____ 請求者 氏名 _____ 電話 _____												

(注)・※欄は記入しないでください。

- ・死亡弔慰金を請求するときは、死亡の事実及び遺族であることが確認できる書類を添付してください。
- ・請求者は、遺族の代表者としてください。
- ・給付金受領方法欄には、請求者名義の振込口座を記入してください。

令和8年度 給付の請求・給付スケジュール

請求書
締切日

奇数月の15日（必着）

郵便事情を考慮して早めに提出してください。
（15日が土日祝の場合は、その直後の平日）

給付金
送金日

偶数月の28日

前月の15日の締切日に間に合わなかった請求については、翌々月の28日に送金します。
（28日が金融機関休業日の場合は、その直前の営業日）

請求が
できる期間

給付事由の発生した日から **3年間**

締切日（15日）の直前に請求書等が大量に届くことが予想されます。
事務処理の都合上、請求書等は締切日まで余裕のある時期に送付してください。

お願い



令和8年度の名請求書の受付期間・締切日（必着）と給付日は、次のとおりです。

受付期間・締切日（必着）	給付日
令和8年3月17日（火）～令和8年5月15日（金）	令和8年6月26日（金）
令和8年5月18日（月）～令和8年7月15日（水）	令和8年8月28日（金）
令和8年7月16日（木）～令和8年9月15日（火）	令和8年10月28日（水）
令和8年9月16日（水）～令和8年11月16日（月）	令和8年12月28日（月）
令和8年11月17日（火）～令和9年1月15日（金）	令和9年2月26日（金）
令和9年1月18日（月）～令和9年3月15日（月）	令和9年4月28日（水）