

互助だより

ご家族の方も
ご覧ください!

No.116

令和2年8月号

1日人間ドック助成事業 追加募集	2
平成31年度の事業実施状況	3
研修旅行事業の中止	3
各事業の請求手続等	
療養補助金	4
慶祝金・入院助成金	5
死亡弔慰金	6
退職医療給付(療養補助金・入院助成金)	
請求書送付連絡用紙	7
1日人間ドック申込書(追加募集)	8



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

直通電話 (082) 228-1386

ダイヤルイン (082) 513-4949

FAX (082) 228-1398

ホームページ <http://www.gojo.or.jp>

1日人間ドック助成事業 受診者募集!

追加募集

申込締切日 ⇒ 令和2年9月18日(金)必着

★「1日人間ドック助成事業」の受診希望者を、追加募集します。

★5月募集に応募が間に合わなかったり、応募を忘れておられた方は、ぜひ応募してください。

対象者	退職医療組合員
申込方法	本紙8頁により、封書で、互助組合にお申し込みください。
受診日	令和2年10月～令和3年3月
受診日決定通知発送	令和2年10月初旬 ※互助組合から郵送でお知らせします。
自己負担額	自己負担額は、通常健診料(一般料金)から互助組合助成額17,000円を差し引いた額です。下記の健診機関一覧表の自己負担額を、直接、各健診機関にお支払いください。

★新型コロナウイルス感染拡大に伴い、健診の中止や肺・呼吸器機能検査の中止等、検査内容の変更等がされる可能性があります。

【申し込みにあたっての注意事項】

- この申込先は、互助組合です。健診機関へ直接申し込まないでください。
- オプション検査(全額自己負担)の詳細・申込等については、各健診機関からの案内があります。
- 各健診機関ごとに、受診応募者が募集人数を超えた場合は、抽選となります。(抽選で、キャンセル待ちに決定した場合通知します。)

健診機関No.	健診機関名	募集人数	通常健診料(一般料金) ①	自己負担額 (①-17,000円)	胃部X線から胃カメラに変更追加料金(税込)	その他	
1	広島県環境保健協会 健康クリニック 広島市中区広瀬北町9-1 ☎(082)232-4857	13	32,835	15,835	4,950	当面の間、肺機能検査を中止	
2	広島赤十字・原爆病院 広島市中区千田町1-9-6 ☎(082)241-3111	48	40,700	23,700	2,200	75歳以上は胃カメラ 当面の間、肺機能検査を中止	
3	アルパーク検診クリニック 広島市西区草津新町2-26-1 ☎(082)501-1115	18	39,600	22,600	2,200		
4	長崎病院 ヘルスケアセンター 広島市西区横川新町3-11 ☎(082)208-5791	5	33,900	16,900	3,300		
5	広島県地域保健医療推進機構 広島市南区皆実町1-6-29 ☎(082)254-7146	9	30,500	13,500	0		
6	呉市医師会病院 呉市朝日町15-24 ☎(0823)22-2321	5	40,600	23,600	3,000	当面の間、経鼻内視鏡検査、肺機能検査を中止	
7	三原市医師会病院 三原市宮浦1-15-1 ☎(0848)67-7030	11	34,100	17,100	0	オプション検査で、女性検診の子宮がん検診は無し	
8	公立みつぎ総合病院 尾道市御調町市124 ☎(0848)76-1111	4	34,100	17,100	0		
9	公立学校共済組合 中国中央病院 福山市御幸町上岩成148-13 ☎(084)970-2291	81	男	37,950	20,950	3,300	
			女	39,600	22,600		
10	広島生活習慣病・がん健診センター大野 廿日市市大野3406-5 ☎(0829)56-5505	10	35,200	18,200	0		

合計204人



平成31年度の事業実施状況

令和2年6月9日開催の理事会及び6月29日開催の評議員会で、前年度(平成31年度)の事業執行報告及び決算が承認されました。退職医療制度は、厳しい運営状況が続いていることから、前年度は一部事業の見直しを行い実施しました。実施状況は次のとおりです。

● 給付事業

事業名	件数	給付額(円)	実施状況
療養補助金	45,748	119,912,688	給付対象者(70歳までの組合員)が減少していることと、公費助成により医療費の自己負担額が総医療費の2割未満の組合員の給付額を自己負担額を限度としたことから、件数は2,900件程度、金額は2,300万円程度平成30年度を下回りました。1カ月の1人当りの給付額は22,000円程度でした。
死亡弔慰金	217	5,100,000	件数は平成30年度より45人増加しました。
慶 祝 金	1,135	36,260,000	平成31年度は、90歳(卒寿)の金額を7万円から5万円に、99歳(白寿)の金額を10万円から5万円に変更しました。該当者は平成30年度より60人減少しました。

● 福祉事業

事業名	人数等	支出額(円)	実施状況
国内研修旅行	62	278,458	国内研修旅行は関東方面と関西方面の2コースを実施しました。
1日人間ドック助成	1,224	20,808,000	平成30年度実績並みとなりました。
健康記念	24	720,000	平成30年度の38名から減少しました。
入院助成金	650	26,428,800	平成31年度以降の入院については、日額1,000円に変更しました。平成30年度実績並みとなりました。
広報誌配付	全組合員	247,320	5月と8月に配付しました。

研修旅行事業の中止

例年実施している研修旅行事業について、今年度も国内2コースを実施する予定として、互助だよりNo.116(令和2年5月号)でお知らせしておりましたが、新型コロナウイルス感染症拡大が続いていることから、旅行参加者の安全が確保できないため中止させていただきます。



各事業の請求手続等について



退職医療制度の事業で、請求手続が必要な事業について、請求書の不備等がありますので手続内容や注意点等について説明します。

● 療養補助金～70歳に達した年度末までの医療給付

事業内容	組合員が、保険医療機関(病院、薬局等)で受診等したときに、医療費総額の2割を満70歳に達した年度末まで給付します。 ※1カ月の1診療機関ごとに63,600円を限度とします。 ※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ます。
請求手続	送付しています〔互〕退職医療給付(療養補助金)請求書〕を1カ月ごと、1保険医療機関ごとに作成し、保険医療機関の領収書(コピー可)を貼付して互助組合へ送付してください。
注意点等	<p>【作成について】</p> <ul style="list-style-type: none">● 既に請求された診療分を誤って二重請求(同診療機関,同診療日の請求)されることで毎月数件発生し、確認・削除等に時間を要しています。請求の記録をつけるなど注意してください。● 外来と入院は別の請求書をそれぞれ作成してください。● 請求できるのは健康保険診療分のみです。保険外治療は対象になりません。● 組合員番号欄に、誤って公立学校共済組合の任意継続の番号を記入した方が多くあります。退職医療組合員番号は、入会時の通知及び広報誌「互助だより」を送付したときの封筒の宛名の下(例.00021035-1)に記載しています。● 生年月日,診療年月,診療機関名の記入漏れ,押印漏れが多数あります。送付する前に必ず確認してください。● 例年,1月から4月までの請求件数が毎月5,000件を超え,1年度分の半数近くになっています。比較的請求数の少ない5月から12月頃までに送付していただきますよう,ご協力をお願いいたします。 <p>【請求書について】</p> <ul style="list-style-type: none">● 今年度から,請求書の様式を一部変更し,公的な医療費の受給等に該当する方の記入欄を設けていますが,旧様式も使用できます。該当の方で記入方法がわからない場合は,互助組合へ電話で問い合わせてください。● 請求書が必要な場合は,7ページの「退職医療給付(療養補助金・入院助成金)請求書送付連絡用紙」をコピーして郵送又はファックスで送付していただくか,電話で請求してください。 <p>【領収書について】</p> <ul style="list-style-type: none">● 接骨院での診療分は,領収書に健康保険診療分の金額が書いてあるものを添付してください。● 領収書は,請求書の表側の左側の貼付欄に糊付けしてください(ホッチキス不可)。写しの場合は,領収書全体が鮮明なものを添付してください。● 同じ月に同じ診療機関を複数回受診した場合は,複数回分の領収書を1枚の請求書に日付順にして糊付けしてください。

● 入院助成金～引き続いて7日以上入院したときの助成金

事業内容	<p>組合員が保険医療機関へ引き続いて7日以上入院したときに日額1,000円を支給します。 ※平成31年3月31日以前の入院については日額1,200円です。 ※1年度につき60日分を限度として支給(7日以上の複数回の入院は通算します。)します。</p>
請求手続	<p>①請求書が必要な場合は、互助組合ホームページの「様式ダウンロード集」からダウンロードして使用してください。また、7ページの「退職医療給付(療養補助金・入院助成金)請求書 送付連絡用紙」をコピーして郵送又はファックスで送付していただくか、電話で請求することもできます。</p> <p>②「互入院助成金請求書」を作成し、次の書類のいずれか1つを添付するか、請求書の「保健医療機関証明欄」に入院期間の証明を受けて互助組合に送付してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・領収書(入院期間の記載のあるもの) ・入院証明書 ・退院証明書
注意点等	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護施設への入所の場合は該当になりません。 ● 療養補助金事業の対象者で7日以上入院された場合は、療養補助金と入院助成金の両方を請求してください。 ● 入院期間が数年に渡る場合は、各年度に60日分まで支給されますので、入院された年度ごとに請求してください。 ● 毎年5月に発行している広報誌「互助だより」が届いた後に請求が集中しています。請求は、7日以上入院された退院後毎にしてください。

医療費控除(確定申告)と療養補助金, 入院助成金について

医療費控除とは、自己や自己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、確定申告時に、その医療費の額を基に計算される金額の所得控除が受けられる制度です。

〈 医療費控除対象額を算出する計算式 〉

$$\boxed{\text{1年間支払った医療費の合計額}} - \boxed{\text{保険金などで補てんされた金額}} - 10\text{万円} = \boxed{\text{医療費控除対象額}}$$

- 「保険金などで補てんされた金額」には、互助組合から支給される「療養補助金」、「入院助成金」や、保険会社等から支払われた保険金等が該当します。
- 上記の計算式により「医療費控除対象額」がある場合は医療費控除の対象となり、申告の際には「補填された金額」を示す保険金等の支払通知等が必要となります。互助組合の療養補助金等については、給付月に送付した給付決定通知書を使用していただくこととなります。なお、それが無い場合は、1年間(1月～12月)に支給された療養補助金等の **給付証明書** を交付しますので、ご希望の方は電話やEメールで連絡してください。
- 確定申告後に、当該医療費に係る療養補助金等の給付を受けた場合は、手続をされた税務署に問い合わせください。

● 慶祝金～70歳以上の長寿祝金

事業内容	<p>組合員が、70歳以上の長寿年齢に達したときに、該当年齢に応じて次の額を支給します。</p> <p>・70歳(古希) 10,000円 ・77歳(喜寿) 20,000円 ・80歳(傘樹) 30,000円 ・88歳(米寿) 50,000円 ・90歳(卒寿) 50,000円 ・99歳(白寿) 50,000円</p>
請求手続	<p>該当年齢になられた方には、誕生月の上旬に「互退職医療給付(慶祝金)請求書」を送付しますので、請求書を作成して返送してください。</p>
注意点等	<p>互助組合から送付する請求書には、組合員番号、該当年齢、支給額等を印字しています。送金先については、請求書の中段に「給付金受領方法」欄がありますので、あらかじめ指定した口座で受領するか、それ以外を希望するかを必ず記入してください。</p> <p>当該給付以外において、指定した口座を変更される場合は、「変更届」の様式を互助組合のホームページからダウンロードして、「給付金振込先」欄に記入して提出してください。</p>

● 死亡弔慰金～退職医療組合員が死亡したときの給付

事業内容	<p>組合員が死亡したときに、加入期間に応じて次の金額を支給します。</p> <table border="0"> <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>	・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
・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																		
死亡連絡の内容	<p>組合員が死亡されたときは、速やかに遺族の方から電話で次のことを連絡してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・死亡した組合員の氏名、組合員番号 ・死亡年月日 ・遺族の氏名、組合員との続柄 ・「互退職医療給付(死亡弔慰金)請求書」の送付先 ・入院助成金(7日以上入院)に該当しているか 																				
請求手続	<p>死亡の連絡によって、請求書を送付しますので、次の書類(コピー可)を添付して返送してください。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①死亡の事実が確認できる書類 ②請求者(遺族)と死亡した組合員の続柄が確認できる書類 ③通帳の写し <p>※請求者(遺族)は、死亡した組合員の配偶者、子が第1順位者になります。配偶者、子がいない場合は父母、孫、祖父母になります。</p>																				
注意点等	<ul style="list-style-type: none"> ● 公立学校共済組合に死亡の連絡をされた場合でも、互助組合にも別に連絡が必要です。 ● 請求書には、組合員番号、死亡年月日、支給額、請求者等を印字しています。送金先については、遺族の方の送金口座を必ず記入し、通帳の写しを添付してください。 ● 前ページの入院助成金事業に該当するときは、入院助成金の請求を併せて行ってください。 																				

各請求書の処理日程について



療養補助金等の請求書等の締切日は、毎月10日(土・日・休日の場合はその翌営業日)とし、同月の28日(土・日・休日の場合はその前営業日)に指定の銀行口座に振り込みます。

なお、**請求の时效は、事由の発生した日から3年**です。

令和 年 月 日

退職医療給付(療養補助金・入院助成金)請求書 送付連絡用紙

退職医療組合員 番号						氏 名	
送付先住所							
希望枚数	療 養 補 助 金	10枚	20枚	30枚	50枚		
	入 院 助 成 金	1枚	2枚	3枚			

◆希望枚数に○をして、請求書を送付される際に同封又はFAXで請求してください。

(連絡先)

〒730-8514 広島市中区基町9番42号

一般財団法人 広島県教育職員互助組合

電話(082)228-1386 ダイヤルイン(082)513-4949

FAX(082)228-1398

Eメール:hiroshima-kyoiku@gojo.or.jp

※切り取るか、コピーをして使用してください。

1日人間ドック申込書 (追加募集) ★令和2年9月18日(金)必着

受診希望者	退職医療 組合員番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	年齢
組合員 (本人)				大正 昭和	
組合員 (配偶者) (注)加入者				大正 昭和	

希望の健診機関NO.に○をしください	健診機関 NO.	健診機関	健診機関 NO.	健診機関
	1	広島県環境保健協会	6	呉市医師会病院
	2	広島赤十字・原爆病院	7	三原市医師会病院
	3	アルパーク検診クリニック	8	公立みつぎ総合病院
	4	長崎病院 ヘルスケアセンター	9	公立学校共済組合 中国中央病院
	5	広島県地域保健医療推進機構	10	広島生活習慣病・がん健診センター大野

女性 検診	↓ 女性の方のみ○をしてください。	
	<input type="checkbox"/>	希望する。
	<input type="checkbox"/>	希望しない。
	※女性検診は、オプション検査です。	

上記のとおり申し込みます。

令和 年 月 日

一般財団法人広島県教育職員互助組合事務局長 様

〒	—
住所	
氏名	(印)
TEL	() —

(お願い) 記入・押印もれがないか確認してください。※個人情報は当該事業以外には使用しません。