

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。

<p>助成額</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日額 1,000円 × 入院日数 (平成31年4月1日入院分から適用)</li> <li>・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)</li> <li>・1年度(4月～翌3月)ごとに、60日分を限度とします。</li> <li>・未請求分がある場合は、3年間さかのぼって請求できます。</li> </ul>			
<p>請求期間</p>	<p>入院した日から、3年以内</p>			
<p>請求方法</p>	<p>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>			
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="392 768 547 1037"> <p>〔1〕</p> </td> <td data-bbox="547 768 1552 1037"> <p>【入院期間の確認できる書類がある場合】</p> <p>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)</p> <p>②入院証明書 ③退院証明書</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="392 1037 547 1384"> <p>〔2〕</p> </td> <td data-bbox="547 1037 1552 1384"> <p>【入院期間の確認できる書類が無い場合】</p> <p>別紙 <b>入院助成金請求書</b> 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<b>入院助成金請求書</b>に、1病院の証明を受けてください。</p> </td> </tr> </table>	<p>〔1〕</p>	<p>【入院期間の確認できる書類がある場合】</p> <p>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)</p> <p>②入院証明書 ③退院証明書</p>	<p>〔2〕</p>
<p>〔1〕</p>	<p>【入院期間の確認できる書類がある場合】</p> <p>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)</p> <p>②入院証明書 ③退院証明書</p>			
<p>〔2〕</p>	<p>【入院期間の確認できる書類が無い場合】</p> <p>別紙 <b>入院助成金請求書</b> 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<b>入院助成金請求書</b>に、1病院の証明を受けてください。</p>			
<p>記入事項</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・名前……組合員様のお名前を記入してください。</li> <li>・押印……認印可です。</li> <li>・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)</li> </ul> <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>			
<p>その他</p>	<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"> <li>●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。</li> <li>●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"> <li>(1)領収書(コピー可)添付の場合 1枚の<b>入院助成金請求書</b>に、全年度分(既請求分を除く)を添付する。</li> <li>(2)<b>入院助成金請求書</b>に病院の証明を受ける場合                 <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>②病院が同じ場合は、1枚に全年度分の証明を受ける。</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>			
<p>問合せ先</p>	<p>広島県教育職員互助組合 ☎ (082) 228-1386</p>			



# 入院助成金請求書

太枠内に、記入・押印（認印）

退職医療組合員番号		会員区分		※ 給付年月日	
⑤		本 人	配 偶 者	本人・配偶者の 該当するものを ○で囲んでくだ さい。	
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）
請求者 住所 〒 _____					日数
_____					
氏名 _____					
TEL ( _____ ) _____					
送金先	銀行	本店	普通預金口座番号		
	農協 信用金庫 信用組合	支店			
(フリガナ)		ゆうちょ銀行の場合、記入してください。			
口座名義		記号 ( ) 番号 ( )			
<b>保険医療機関証明欄</b>					
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

- ・引き続き7日以上入院が助成対象です。・1年度（4月～翌3月）毎に、60日分が限度です。
- ・助成額は次のとおりです。（平成30年度以前…日額1,200円、令和元年度以降…日額1,000円）