

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"> ・日額 <u>1,000円</u> × <u>入院日数</u> (平成31年4月1日入院分から適用) ・日額 <u>1,200円</u> × <u>入院日数</u> (平成31年3月31日以前の入院分から適用) ・<u>1年度(4月～翌3月)ごとに、60日分を限度</u>とします。 ・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。 | | | |
| <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<u>どちらかの方法で請求</u>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】 次の①～③のいずれか1つ(コピー可)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</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】 別紙 <u>入院助成金請求書</u> 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。 ●1枚の<u>入院助成金請求書</u>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】 次の①～③のいずれか1つ(コピー可)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</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】 次の①～③のいずれか1つ(コピー可)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</p> | | | |
| <p>〔2〕</p> | <p>【入院期間の確認できる書類が無い場合】 別紙 <u>入院助成金請求書</u> 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。 ●1枚の<u>入院助成金請求書</u>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"> ・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。 ・押印……認印可です。 ・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> | | | |
| <p>その他</p> | <p>支給限度日数は、<u>1年度ごとに60日ずつ</u>となります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●<u>1年度内に当該年度分を、既に請求したことがある場合</u> 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。 ●<u>入院期間が2～3年度にまたがっている場合</u> <ul style="list-style-type: none"> (1)領収書(コピー可)添付の場合 1枚の<u>入院助成金請求書</u>に、全年度分(既請求分を除く)を添付する。 (2)<u>入院助成金請求書</u>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。 | | | |
| <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 () | | | |
| 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

- ・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）