

互助だより

No.119 令和4年5月号

ご家族の方も
ご覧ください。

- 1頁 令和4年度の事業等について
退職医療制度の財政運営状況について
- 2頁 互助組合「旅行券」の取扱の変更について
- 3頁 令和4年度退職医療制度 事業一覧表
- 4頁 高額な医療費を負担される場合の療養補助金
の請求手続について
「㊦ 退職医療給付(療養補助金)請求書送付連絡用紙」様式
- 5頁 1日人間ドック助成事業 受診者募集!

- 6頁 「1日人間ドック申込書」様式
- 7頁 死亡弔慰金の請求手続について
- 8頁 「㊦ 死亡弔慰金請求書」様式
- 9頁 入院助成金の請求手続について
- 10頁 「㊦ 入院助成金請求書」様式
- 11頁 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
- 12頁 「変更届」様式

令和4年度の事業等について

令和4年度の事業計画及び予算に係る理事会・評議員会は、新型コロナウイルス感染症拡大を防止するため、規定に基づき、書面により各理事及び各評議員の決議を得る方法で実施し、令和4年度の事業計画及び収支予算等は原案のとおり決議されました。

事業内容は、次の「退職医療制度の財政運営状況について」のとおり一部変更して実施します。

退職医療制度の財政運営状況について

退職医療制度は、退職後の生きがいのある豊かな生活を支援する組合員の相互扶助による終身組合員制度として昭和51年8月に発足しました。

発足後45年を経過した現在の退職医療制度の財政運営状況は、次のとおり**収入が減少し、支出が増加傾向にあるなど非常に厳しい状況**にあります。

● 収入が大きく減少しています。

- 「療養補助金」等給付事業の財源である「基準掛金」は、現職組合員の意識の変化や再任用職員の増加等により、**退職組合員の新規加入率が低下**(平成14年度81.3%→令和2年度13.4%)し、減少しています。
- 「1日人間ドック事業」等福祉事業の財源である基準掛金運用益の「利息」は、**超低金利の長期化**に伴い大きく減少(令和3年度まで年間約4,800万円→令和4年度以降800万円未満)します。
令和4年度以降の福祉事業の収支状況は、毎年約4,000万円の支出超過になる見込みです。

● 収入がさらに減少することが予想されます。

- 少子高齢化に伴い現職組合員数が減少していくこと、**低金利の金融情勢**に好転の兆しが見られないこと、**65歳年金支給開始**及び令和5年度から**段階的に定年年齢が引き上げられる**こと、併せて定年延長に伴い令和5年度以降当分の間**2年に一度しか定年退職者がいない**ことなどの影響から、基準掛金収入及び利息収入がさらに減少することが予想されます。

● 支出が増加傾向です。

● 組合員の高齢化及び国の医療制度の変更に伴う医療費の自己負担額の増加に伴い療養補助金、慶祝金や入院助成金の支出額が増加傾向です。

● 現状に合った退職医療制度にする必要があります。

● 退職医療制度の各事業構築から数十年が経過し、前記のとおり法律改正等社会情勢や組合員の状況が各事業構築当時に比べ大きく変化していることから、現状に合った退職医療制度にする必要があります。

以上の状況から、令和4年度事業計画・予算に係る理事会及び評議員会において次のとおり決議されました。

※ 令和4年度福祉事業の財源が大きく減少することから、運営規則第51条の規定(3年に一度の見直し)により、「1日人間ドック」の助成額1人17,000円を5,000円減額し、「研修旅行」を廃止します。この見直しにより支出を年間740万円削減します。

※ 退職医療制度を持続可能な制度にするため、事業内容を見直し、財政の健全化を図ります。

令和4年度は、退職組合員1,000名を抽出して、見直しや事業のニーズ等に係るアンケート調査及び専門業者による退職医療制度の財政状況等の診断を行います。

将来に亘って安定した事業を実施するため、令和5年度から令和4年度のアンケート調査等を参考に中長期的に収支バランスが保てる事業への見直し等を検討します。

互助組合「旅行券」の取扱の変更について

平成24年度までリフレッシュ厚生計画等の事業で配付していましたが、新型コロナウイルス感染拡大に伴い旅行券を使用することができない状況が続いているため、次の発行年度の旅行券の使用期限を延長します。取扱旅行業者へは使用期限延長の依頼を行っています。

| 発行年度 | 有効期限 | 延長期限 |
|--------|---------------------------|-----------|
| 平成12年度 | 平成32年6月30日 (令和2年6月30日) | 令和5年6月30日 |
| 平成22年度 | | |
| 平成13年度 | 平成33年6月30日 (令和3年6月30日) | |
| 平成23年度 | | |
| 平成14年度 | 平成34年6月30日 (令和4年6月30日) | |
| 平成24年度 | | |

令和4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に、給付事業・福祉事業を実施していますので、事業内容・利用期間をご覧ください。

なお、本誌に死亡弔慰金、入院助成金の請求方法及び請求書の様式、「㊤退職医療給付(療養補助金)請求書送付連絡用紙」、「変更届」を掲載していますので使用してください。また各種様式は当互助組合のホームページからダウンロードできます。

| 事業名 | 事由 | 内容 | 利用期間 |
|-----------|--|--|-----------------|
| 給付事業 | 療養補助金 | 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円までです。 ※健康保険適用外の診療費は、給付対象外です。 ※自己負担割合2割未満の場合は自己負担額を限度として給付します。 「㊤退職医療給付(療養補助金)請求書」を記入のうえ、保険医療機関の領収書を添付して請求してください。 なお、請求書が不足する場合は、4頁の「㊤退職医療給付(療養補助金)請求書送付連絡用紙」で請求してください。 | 満70歳に達する会計年度末まで |
| | 死亡弔慰金 | 加入期間に応じて遺族に支給 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 8頁の「㊤退職医療給付(死亡弔慰金)請求書」を記入のうえ、7頁の「請求書に添付する書類」を添付して請求してください。 | 終身 |
| | 慶祝金 | 70歳(古稀) 10,000円 77歳(喜寿) 20,000円 80歳(傘寿) 30,000円 88歳(米寿) 50,000円 90歳(卒寿) 50,000円 99歳(白寿) 50,000円 誕生月に互助組合から送付する「㊤退職医療給付(慶祝金)請求書」を記入のうえ請求してください。 | |
| 1日人間ドック助成 | 健診料金のうち、12,000円を助成 【互助指定健診機関】 ・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 5頁の「1日人間ドック助成事業 受診者募集!」により申し込み、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必要ありません。 | | |
| 福祉事業 | 入院助成金 | 日額1,000円 ※1年度毎に最高60日間を助成 10頁の「入院助成金請求書」を記入のうえ、9頁の「請求書に添付する書類」を添付して請求してください。なお、様式が複数枚必要な場合は、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。 | 該当者 |
| | 広報紙 | 全組合員に配布 ※年2回発行(5月・8月) *事業の案内、募集等をお知らせします。 | |
| | 健康記念 | 30,000円を給付 令和3年度中に70歳に達した方で、加入日から令和3年度末(令和4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。 該当者には、令和4年8月26日(金)に登録されている口座に送金します。 | |

※毎月10日(休日の場合は翌日)までに互助組合に届いた請求書は、同月の28日(休日の場合は前日)に送金します。
 ※各事業の請求に係る時効は、事実が発生した日から3年間です。

高額な医療費を負担された場合の療養補助金の手続について

入院や手術等、医療費が高額になる場合は次により請求してください。

「限度額認定証」を交付され、軽減された負担額で支払を行っている。

はい



いいえ



「療養補助金請求書」の該当する高額療養費適用区分の該当箇所に○をしてください。

⑤ 退職医療給付（療養補助金）請求書

| | | | |
|-----------|----------|-----------------|---------------------|
| 退職医療組合員番号 | 請求年月日 | 療養者の区分(いずれかに○を) | 加入している公的医療保険の自己負担割合 |
| | 令和 年 月 日 | 本人 配 偶者 | 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。
（この配属区分は、平成25年度以前に配属者組合員として加入された方が対象です。）

請求者氏名

今回の請求が、次の公的医療補助金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□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。

| | | | |
|-------------------|----------|-------|------------------------|
| A 特定疾病療養受給証 | ・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 | | |
| C 重症心身障害者医療費受給者証 | ・自己負担限度額 | 70歳以上 | (現役並)Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ・一般・(非課税)Ⅱ・Ⅰ |
| D その他(受給者証) | (円 | | |

※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。

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。

この部分に○をしてください。

受診した月に加入していた健康保険者に「高額療養費」の申請(審査には3か月程度かかります。)を行い、「高額療養費」を受給してください。

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。

高額な医療費がかかりそうなときは事前に「限度額適用認定証」を取得してください。

医療機関で受診される時に「限度額適用認定証」を提示すると限度額以内の支払で済み、窓口負担額が軽減されます。申請方法等についてはご加入の健康保険者(公立学校共済組合、国保(市町等)や協会けんぽ)にお問い合わせください。

〈切り取り線〉

◆療養補助金請求書を希望される場合は、退職医療組合員番号、氏名、送付先住所を記入し、希望枚数に○をして、各事業の請求書を送付される際に同封して郵送していただくか、ファックスでお送りください。

| ⑤ 退職医療給付(療養補助金)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 | 10枚 | 20枚 | 30枚 | 50枚 | |

1日人間ドック助成事業 受診者募集!

申込締切日 ⇒ 令和4年6月8日(水)必着

| | |
|-------------|---|
| ① 対象者 | 退職医療組合員 |
| ② 申込方法 | 本紙6頁の「1日人間ドック申込書」により、封書で、互助組合にお申し込みください。 |
| ③ 受診日 | 令和4年7月～令和5年3月 |
| ④ 受診日決定通知発送 | 令和4年7月初旬(予定) ※互助組合から郵送でお知らせします。 |
| ⑤ 助成額 | 12,000円 |
| ⑥ 自己負担額 | ・自己負担額は、通常健診料(一般料金)から、助成額12,000円を差し引いた額になります。 ・下記の自己負担額を、直接、各健診機関の窓口でお支払いください。 |

★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ある可能性があります。

【申し込みにあたっての注意事項】

- 申込先は、互助組合です。互助組合に申込書を送ってください。※受診日の希望はできません。(注意)健診機関へ直接申し込まないでください。
- 受診日については、健診機関で決定されます。
- 互助組合から、受診日決定通知を発送した後に、受診日の問い合わせ・受診日の変更・キャンセルは、ご自身で健診機関にご連絡ください(互助組合への連絡は不要です。)
- 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、抽選になります。(抽選で、キャンセル待ちに決定した場合は通知します。)
- 胃カメラ希望、オプション検査(全額自己負担)の詳細・申込等については、各健診機関から案内がありますので、それに従ってください。
- 健診機関の都合、あるいは本人の都合による未実施の検査項目がある場合、差額分の返金の有無については各健診機関により異なりますので、詳細は健診機関へお問い合わせください。

| 健診機関No | 健診機関名等 | 募集人数 | 通常健診料 (一般料金) ① | 自己負担額 (①-12,000円) | 胃部X線(バリウム)から 胃カメラに変更 追加料金(税込) | その他 | |
|--------|---|------|----------------------|----------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| 1 | メディックス広島健診センター 広島市中区大手町1-5-17 ☎(082)248-4115 | 75 | 36,300 | 24,300 | 4,400 | | |
| 2 | グランドタワーメディカルコート 広島市中区上八丁堀4-1 ☎(082)227-3366 | 20 | 38,500 | 26,500 | 3,850 | 肺機能検査を中止 | |
| 3 | 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 | 105 | 32,835 | 20,835 | 4,950 | | |
| 4 | 広島赤十字・原爆病院 広島市中区千田町1-9-6 ☎(082)241-3111 | 185 | 40,700 | 28,700 | 2,200 | 75歳以上は胃カメラ | |
| 5 | 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 | 120 | 39,600 | 27,600 | 2,200 | | |
| 6 | 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 | 70 | 33,900 | 21,900 | 3,300 | | |
| 7 | 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 | 70 | 30,500 | 18,500 | 0 | | |
| 8 | 呉市医師会病院 呉市朝日町15-24 ☎(0823)22-2321 | 35 | 40,600 | 28,600 | 3,000 | | |
| 9 | 三原市医師会病院 三原市宮浦1-15-1 ☎(0848)67-7030 | 65 | 34,100 | 22,100 | 0 | 女性検診の子宮がん検診 (オプション検査)なし | |
| 10 | 公立みつぎ総合病院 尾道市御調町124 ☎(0848)76-1111 | 25 | 34,100 | 22,100 | 0 | | |
| 11 | 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 | 395 | 男 | 37,950 | 25,950 | 3,300 | |
| | | | 女 | 39,600 | 27,600 | | |
| 12 | 日本鋼管福山病院 福山市大門町津之下1844 ☎(084)945-3920 | 15 | 37,070 | 25,070 | 0 | | |
| 13 | 三次地区医療センター 三次市十日市東3-16-1 ☎(0824)62-6311 | 35 | 33,610 | 21,610 | 2,200 | 女性検診の乳がん検診(オプション検査) のみでの申込みは不可 | |
| 14 | 市立三次中央病院 三次市東酒屋町10531 ☎(0824)65-0620 | 55 | 38,500 | 26,500 | 2,200 | 75歳以上は胃カメラ(鎮静剤なし) 肺機能検査を中止 | |
| 15 | 庄原赤十字病院 庄原市西本町2-7-10 ☎(0824)72-3219 | 30 | 37,400 | 25,400 | 0 | 肺機能検査を中止 | |
| 16 | 井野口病院 東広島市西条土与丸6-1-91 ☎(082)422-3983 | 35 | 33,550 | 21,550 | 0 | | |
| 17 | 東広島記念病院 東広島市西条町吉行2214 ☎(082)423-6662 | 50 | 35,200 | 23,200 | 0 | 肺機能検査を中止 | |
| 18 | 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 | 15 | 35,200 | 23,200 | 0 | | |

合計1,400人

〈切り取り線〉

※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 | | | | ★令和4年6月8日(水)必着 | | 提出先:互助組合 | |
|--------------------------|-------------|-----------------|--|--------------------|--|----------|--|
| 受診希望者 | 退職医療組合員番号 | フリガナ 氏 名 | | | | 性別 | |
| 組合員 (本人) | | | | | | | |
| 組合員 (配偶者) (注)加入者 | | | | | | | |
| | 健診機関 NO. | 健診機関名 | 健診機関 NO. | 健診機関名 | | | |
| ➡ 希望の健診機関NO.に○をしてください | 1 | メディックス広島健診センター | 10 | 公立みつぎ総合病院 | | | |
| | 2 | グランドタワーメディカルコート | 11 | 公立学校共済組合 中国中央病院 | | | |
| | 3 | 広島県環境保健協会 | 12 | 日本鋼管福山病院 | | | |
| | 4 | 広島赤十字・原爆病院 | 13 | 三次地区医療センター | | | |
| | 5 | アルパーク検診クリニック | 14 | 市立三次中央病院 | | | |
| | 6 | 長崎病院 ヘルスケアセンター | 15 | 庄原赤十字病院 | | | |
| | 7 | 広島県地域保健医療推進機構 | 16 | 井野口病院 | | | |
| | 8 | 呉市医師会病院 | 17 | 東広島記念病院 | | | |
| | 9 | 三原市医師会病院 | 18 | 広島生活習慣病・がん健診センター大野 | | | |
| 女性検診(オプション検査) | | | | | | | |
| ○女性の方のみ をしてください | 希望する。 | | *注意 ・三原市医師会病院は子宮がん検診なし。 ・公立学校共済組合中国中央病院での子宮がん検診は通常健診料に含まれる。 ・三次地区医療センターは乳がん検診のみでの申込は不可。 | | | | |
| | 希望しない。 | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| TEL | () — | | | | | | |

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、8頁の「㊦退職医療給付(死亡弔慰金)請求書」(コピー可)に記入例を参考に記入の上、次の書類を添付して請求してください。

また、死亡される前に健康保険適用の医療機関に7日以上入院されていた場合、入院助成金が給付されますので、9頁を参考に請求してください。

★請求書に添付する書類 ※本籍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。

- 死亡の事実が確認できる書類【戸籍謄本の写し、死亡診断書】
- 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【戸籍謄本の写し、住民票の写し(同居の場合)】
- 送金先の通帳の写し

※遺族の範囲

当互助組合の「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(複数おられる場合は代表となる方1名)、配偶者、子がおられない場合は父母、孫及び祖父母となります。該当する遺族がない場合は、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 | | |
| 2 | 0 | 9 | 9 | 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 25年05月20日 | | | | | | | | | | |
| 死亡弔慰金 | 死亡者氏名 | 互助太郎 | | | | 死亡年月日 | 令和4年4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 : (ゴジョ アキコ) | | | | |
| 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 殿 | | | | | | | | | | |
| 令和 4 年 6 月 15 日 | | | | | | | | | | |
| 郵便番号 〒 700 - 1000 | | | | | | | | | | |
| 住所 広島県広島市中区福利町1-5-3 | | | | | | | | | | |
| 請求者 氏名 互助明子 | | | | | | | | | | |
| 電話 (082)222-4451 | | | | | | | | | | |

(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。

㊦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 | |
| 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 : _____ | | |
| <p>上記のとおり(死亡弔慰金)を請求します。</p> <p>一般財団法人 広島県教育職員互助組合理事長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>郵便番号 〒 _____</p> <p>住所 _____</p> <p>請求者 氏名 _____</p> <p>電話 _____</p> | | | | | | | | | | | |

(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。

入院助成金の請求手続について

退職医療組合員が7日以上健康保険適用の医療機関に入院された場合は、10頁の「㊦入院助成金請求書」(コピー可)に記入例を参考に記入の上、次の書類を添付して請求してください。

★請求書に添付する入院期間の確認できる書類(いずれか1つ)

- ・請求書にある「保険医療機関証明欄」に入院していた(している)病院で入院期間の証明を受ける。
- ・入院証明書 ・退院証明書 ・領収書(入院の初日からの入院期間の記載のあるもの)

※注意

- ①介護施設に入所された場合は対象になりません
- ②送付先を「現在の登録口座」から変更して受領する場合は、12頁「㊦変更届」を併せて提出してください。
- ③組合員が死亡している場合は、死亡弔慰金の請求者名とし、その方の受取口座を記入してください。

㊦ 入院助成金請求書記入例

㊦ **入院助成金請求書**

| 太 枠 内 に 記 入 | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20%;">退職医療組合員番号</th> <th style="width: 15%;">会員区分</th> <th style="width: 65%;">※ 給付年月日</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> ㊦ 2 0 9 9 9 </td> <td style="text-align: center;"> <input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 配偶者 </td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table> | 退職医療組合員番号 | 会員区分 | ※ 給付年月日 | ㊦ 2 0 9 9 9 | <input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 配偶者 | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|------|---------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|
| 退職医療組合員番号 | 会員区分 | ※ 給付年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ㊦ 2 0 9 9 9 | <input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 配偶者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 4 年 6 月 1 日 請求者 住所 〒 765 - 4321 広島市中区互助町1丁目2番3号 氏 名 互助 太郎 TEL (082) 123 - 4567 | | ※ 互助組合決定額 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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 style="text-align: center;">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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 送金先 | 銀行 本店 普通預金口座番号 広島 農協 県庁 1 2 3 4 5 6 7 信用金庫 支店 信用組合 (フリガナ) ゴジョ タロウ ゆうちよ銀行の場合、記入してください。 口座名義 互助 太郎 記号 () () () () () () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) _____ 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

<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。



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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------|--------|-------------|--------------------------|--|----|--------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | | 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 |
| 送金先 | (フリガナ) | ゆうちょ銀行の場合、記入してください。 記号 番号 () () | |
| | 口座名義 | | |

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) _____

<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。

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,給付金振込先の登録口座が変わったときは,12頁の「㊦変更届」(コピー可)に記入例を参考に記入の上,速やかに提出してください。

㊦ 変更届記入例

(第7条関係)

㊦ 変更届

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 退職医療組合員番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 0 | 9 | 9 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更事項 | | 変更前 | | | | 変更後 | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | TEL (084) 987-1234 | | | | TEL (082) 555-0321 | | | | | | | | | | | | | |
| 登録口座 | | <input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 金庫 福山 信用金庫 本店 <input type="radio"/> 信用 山川 <input checked="" type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 農協 | | | | <input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 金庫 ゆうちよ 信用金庫 本店 <input type="radio"/> 信用組合 五一三 <input checked="" type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 農協 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 普通預金 | | | | 普通預金 | | | | | | | | | | | | | |
| | | □座番号 1 2 3 4 5 6 7 | | | | □座番号 9 8 7 6 5 4 3 | | | | | | | | | | | | | |
| | | フリガナ ゴジョタロウ | | | | フリガナ ゴジョタロウ | | | | | | | | | | | | | |
| | | □座名義 互助太郎 | | | | □座名義 互助太郎 | | | | | | | | | | | | | |
| | | (注) ※通帳のコピーを添付 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | 令和 4 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 4 年 6 月 10 日 退職医療組合員 (氏名) 互助太郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(切り取り線)

(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。

(第7条関係)



変更届

| 退職医療組合員番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|----------------------|----------|--------------------------------------|--|---|---|-------|--------------------------------------|-------|------|----------------|---|--|--|--|
| 変更事項 | | 変 更 前 | | | | | 変 更 後 | | | | | | | | |
| ※変更した事項の欄のみ記入して下さい | 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 | | TEL (| |) | - | | | TEL (| |) | - | | | |
| | 登録口座 | | 銀行 金庫 信用金庫 本店 信用組合 支店 農協 | | | | | 銀行 金庫 信用金庫 本店 信用組合 支店 農協 | | | | | | | |
| 普通預金 | | □座番号 | | | | | | 普通預金 | | □座番号 | | | | | |
| | | フリガナ | | | | | | | | | フリガナ | | | | |
| | | □座名義 | | | | | | | | | □座名義 | | | | |
| | | | | | | | | | | | (注) ※通帳のコピーを添付 | | | | |
| 変更年月日 | | 令和 年 月 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 年 月 日

退職医療組合員 (氏名) _____

(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。

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>