

退職医療制度様式集

令和5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」の名前の右下にも表示しています。

各請求書等を作成する際に必要になる番号ですので、忘れないように上の「組合員番号」欄に記入してください。

〈例〉(00020999-1)の場合、組合員番号は「20999」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

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>

退職医療制度の様式集を作成しましたので、請求書等作成時に御利用ください。
なお、この様式集は年1回発行します。大切に保管してください。
また、御家族様方にもお知りおきくださいますようお願いいたします。

目次

入院助成金
請求書等を
コピーして使うと
便利です!

- P3 令和5年度退職医療制度 事業一覧表
- P4 療養補助金の請求手続について
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
- P5 療養補助金請求書記入例
- P6 入院助成金の請求手続について
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 請求書締切日給付日カレンダー



令和5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・利用期間をご覧ください。

事業名	事由	内容	利用期間	該当頁
給付事業	療養補助金	組合員が保険医療機関等(保険薬局を含む。)で受診したとき 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。 「㊤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(コピー可)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、P9の「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	4~5 9
	死亡弔慰金	組合員が死亡したとき 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 ご遺族の方は、P15の「㊤退職医療給付(死亡弔慰金)請求書」を記入のうえ、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。		14~15
	祝金	組合員が70歳以上の長寿年齢に達したとき 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(祝金)請求書」を記入のうえ請求してください。		11
福祉事業	1日人間ドック助成	県内18健診機関 実施人員1,400人 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.121(5月号)の「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。	終身	互助 だより No.121 (5月号) 2~3
	入院助成金	組合員が引き続いて7日以上入院したとき 日額1,000円 ※1年度毎に最高60日間を助成 P7の「㊤入院助成金請求書」を記入のうえ、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、用紙を請求することも可能です。		-
	健康記念	満70歳の年度末まで療養補助金を受給していない組合員 30,000円を給付 令和4年度中に70歳に達した方で、加入日から令和4年度末(令和5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5年8月28日(月)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。	-	-
	広報紙	「互助だより」発行 全組合員に配付 ※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。	-	-

※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、次ページ以降をご覧ください。

療養補助金の請求手続について

退職医療組合員が保険医療機関で受診(満70歳に達する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。

次ページの記入例を参考に、次の点に注意して請求してください。

①請求書は、月毎、保険医療機関毎、入院・外来毎にそれぞれ1枚作成してください。



- 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。また、重複請求が多く見受けられますので、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。
- ③請求書の記入に当たっては、複写式になっていますので、下に別の療養補助金請求書を敷いたまま記入しないでください。
- ④確定申告で医療費控除を受ける場合は、P9「医療費控除について」を参照してください。
- ⑤領収書に診療点数の記載がない場合、又は「前回未収金」「未収金」に金額の記載がある場合は、保険医療機関に確認の上、保険診療の金額を次のように記載してください。

領収書 R5/10/8

¥ 1,000円

但 治療費として領収しました。

C接骨院

(例) 一部負担金300円
保険外 700円

これらの金額のうち、いくらが保険診療分か分からないため、余白に保険診療の金額を記載してください (余白が小さい場合は付箋等に記入し、貼り付けてください。)

領収書 R5/4/25

〇〇料	▲▲料	××料	合計点
10点	200点	320点	530点
未収金	請求金額	領収金額	
300円	1590円	1890円	

B病院

(例) 令和5年4月10日に電話診療をした未収金です。保険適用分です。

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。

「限度額適用認定証」を交付され、軽減された自己負担限度額を支払っている。

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。

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。

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。

請求者氏名

今回の請求が、次の公的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 次の要給付等(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してください。

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 重度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)Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ・一般・(非課税)Ⅱ・Ⅰ
D その他(受給者証)	()	()	()

※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。 療養支給決定通知書(写)を添付してください。

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。

この部分に○をしてください。

⑤ 退職医療給付(療養補助金)請求書記入例

第5条関係

⑤ 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。

領収書(コピー可)等貼付欄

退職医療組合員番号 20999	請求年月日 令和 5 年 10 月 1 日	療養者の区分(いずれかに○を) 本人 ・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			(この配偶者区分は、平成25年度以前に配偶者組合員として加入された方が対象です。)
請求者氏名 互助 太郎			この欄は、受給者証等をお持ちの方又は限度額認定証等をお持ちの方のみ記入してください。
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 (割)	70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ
B 特定医療費(指定難病)受給者証	・自己負担限度額 (円)	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		※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。	
D その他(受給者証)		※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。	
療 養 内 容			
療養者氏名 互助 太郎	療養者生年月日 昭和 35 年 11 月 25 日生	療養年月 令和 05 年 09 月	
※保険医療機関等1箇所のみを記入			
病院 クリニック 広島 医院 接骨院 薬局 ファーマシー	(保険医療機関等) ※合計点数 点	外来 入院 1 ・ 2	
	(接骨院等) ※保険適用の施術料合計 円	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。	
※10割分の金額を証明してください。			
保険医療機関名 (接骨院等)		①	
電話番号			

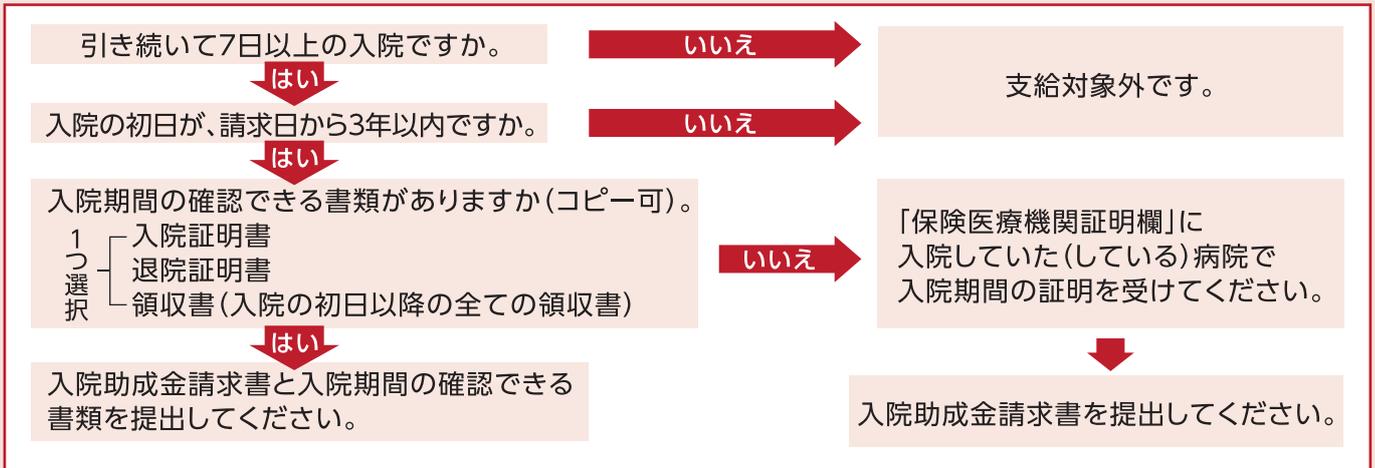
領収書のコピーは左端の貼付欄に収まるように糊付けしてください。

チェック欄

- 診療月の翌月以降の請求ですか。
- 請求書は、月毎、保険医療機関毎、入院・外来毎にそれぞれ1枚作成していますか。
- 太枠内は記入していますか。
- 2枚目に不要な文字や線は写っていませんか。
→不要な文字や線が写っている場合や読取れない場合は、書き直してください。
- 「領収書の貼付」または「保険医療機関の証明」によって、診療点数が確認できるようになっていますか。
- 高額な医療費を負担された場合は、P4の手順をして請求していますか。
- 請求済のものはありますか。
- 診療月から3年以上経過していませんか。

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。



※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、療養補助金の請求もできます。(診療点数の記載のある領収書が必要になります。)
- ③医療費控除を受ける場合は、P9の「医療費控除について」を参照してください。

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	20999	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理事長 様 令和 5 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 太郎 TEL (082) 123 - 4567				※ 互助組合決定 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>金額 (円)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>計</td><td> </td></tr> </tbody> </table>		年度	金額 (円)											計	
年度	金額 (円)																		
計																			
※ (-) 1及び2に○をつけてください 送金先 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) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"> 広島 農協 信用金庫 信用組合 (フリガナ) ゴジョ タロウ 口座名義 互助 太郎 </td> <td style="width: 20%;"> 本店 普通預金口座番号 支店 1 2 3 4 5 ゆうちょ銀行の場合、記入してください (記号) (番号) </td> </tr> </table>						広島 農協 信用金庫 信用組合 (フリガナ) ゴジョ タロウ 口座名義 互助 太郎	本店 普通預金口座番号 支店 1 2 3 4 5 ゆうちょ銀行の場合、記入してください (記号) (番号)												
広島 農協 信用金庫 信用組合 (フリガナ) ゴジョ タロウ 口座名義 互助 太郎	本店 普通預金口座番号 支店 1 2 3 4 5 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 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

太枠内を記入していますか。

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(入院の初日以降の全ての領収書)

「1.現在の登録口座で受領する」を選択した場合

- 互助組合に届け出ている口座の解約はしていませんか。
- 金融機関の統廃合による支店の変更はありませんか。

↓(支店等の変更があった場合)
 現在お使いの口座が互助組合に届け出ている口座と異なっている場合は、互助組合の登録口座を変更する必要がありますので、現在御利用の口座をよく確認し、P13の「変更届」を記入の上、同封してください。

「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。

<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)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(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																		
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
送金先	(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

(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。

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きは、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。

〈 医療費控除対象額の計算方法 〉

● 総所得金額等が200万円以上の人

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

● 総所得金額等が200万円未満の人

$$\text{1年間支払った医療費の合計額} - \text{保険金などで補てんされた金額} - \text{総所得金額等} \times 5\% = \text{医療費控除対象額}$$

互助組合から支給される「療養補助金」、「入院助成金」は「保険金などで補てんされた金額」に該当します。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。

なお、それを紛失した場合は、1年間(1月～12月)に支給された療養補助金等の「医療給付証明書」を2月以降交付しますので、御希望の方は下記の送付連絡用紙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お問い合わせください。

※御不明な点等ありましたら、詳しくは税務署へお問い合わせください。

〈切り取り線〉

「療養補助金請求書」や、追加の「入院助成金請求書」又は、「医療給付証明書」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(請求書希望枚数、医療給付証明書該当期間)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		
※送付を希望する請求書を○で囲んでください。						
医療給付証明書	令和	年	月	～	令和	年
	令和	年	月	～	令和	年
	令和	年	月	～	令和	年
※該当期間の療養補助金・入院助成金の請求を全て行ったのち、送付してください。 ※該当期間の給付を送金した後で、2月以降に交付します。 ※欄が足りない場合は、余白に加筆してください。						

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、慶祝金を給付します。

誕生月初旬に互助組合から送付する「㊦退職医療給付(慶祝金)請求書」を記入の上、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先不明として返送されるものが多くあります。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。

㊦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 2 0 9 9 9		令和	年	月	日	本人・配偶者		
色付の欄は、印字されています。		給付内容区分		※互助組合決定金額(円)				
		慶祝金		1 0 0 0 0				
		退職医療組合員の生年月日						
		明治	大正	昭和	2 6	年	0 7 月	0 1 日
慶祝金	対象者名前	互助 太郎		年齢	70 歳	70歳(古稀)		
	給付金受領方法	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</u> (支店名) <u>県庁 支店</u> 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>						

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 5 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

チェック欄

「1.現在の登録口座で受領する」を選択した場合

互助組合に届け出ている口座の解約はしていませんか。

金融機関の統廃合による支店の変更はありませんか。

↓(支店等の変更があった場合)

現在お使いの口座が互助組合に届け出ている口座と異なっている場合は、互助組合の登録口座を変更する必要がありますので、現在御利用の口座をよく確認し、P13の「変更届」を記入の上、同封してください。

(注)・※欄は記入しないでください。

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 경우가多くあります。書類が返送される状態が2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、互助日よりや慶祝金の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、必ず届出をしてください。

㊦ 変更届記入例

(第7条関係)

退職医療組合員番号																			
2	0	9	9	9															
※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	〒	7	2	0	-	8	5	1	4	〒	7	6	5	-	4	3	2	1
	フリガナ	フクヤマシフリチョウ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	銀行 金庫 福山 信用金庫 本店 信用 山川(支店) 農協			銀行 金庫 広島 信用金庫 本店 信用組合 県庁(支店) 農協														
		普通預金	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	普通預金	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
			フリガナ	ゴジョタロウ			ゴジョタロウ												
口座名義			互助太郎			互助太郎													
				(注) ※通帳のコピーを添付															
変更年月日	令和 5 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 5 年 6 月 10日 退職医療組合員(氏名) <u>互助太郎</u>																			

㊦ 変更届

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。

互 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		本店 支店		銀行		本店 支店										
				金庫				金庫												
信用金庫				信用金庫																
信用組合				信用組合																
		農協				農協														
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>																				

(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。
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、届出が必要となります。

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。

また、死亡される前に健康保険適用の医療機関に7日間以上入院されていた場合は、入院助成金が給付されますので、P6～7を参考にして請求してください。入院助成金と死亡弔慰金の請求者は同じ方とし、その請求者の口座を記入してください。

※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(複数おられる場合は代表となる方1名)、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、互助組合へ電話等で連絡してください。

★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

㊤ 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	本人
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5年4月15日
	給付金	(金融機関名) 安芸銀行	(支店名) 広島支店	口座番号	(1234567)
	受領方法			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 様

令和 5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

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

(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	日	
死亡弔慰金	死亡者氏名								死亡年月日		
	給付金	(金融機関名)			(支店名)						
受領方法	_____			_____					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 様</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。

（切り取り線）

令和5年度の各月の締切日・送金日です。御確認ください!

- ・各請求書は、毎月10日(必着)で締切り、その月の28日に送金します。
- ・締切日が休日の場合はその後営業日となり、送金日が休日の場合はその前営業日となります。
- ・郵便事情を考慮して、早めに提出してください。
- ・各請求の時効は、事由の発生した日から3年間になります。



請求した日に
○印をつけて
おきましょう

令和5年度(2023年度)カレンダー

4月

日	月	火	水	木	金	土
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

5月

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

6月

日	月	火	水	木	金	土
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

7月

日	月	火	水	木	金	土
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

8月

日	月	火	水	木	金	土
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

9月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

10月

日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

11月

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

12月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

1月

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

2月

日	月	火	水	木	金	土
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29		

3月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						