

退職医療制度様式集

令和6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」の氏名の右下に表示しています。
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

FAX (082)228-1398

ダイヤルイン (082)513-4949

<http://www.gojo.or.jp>

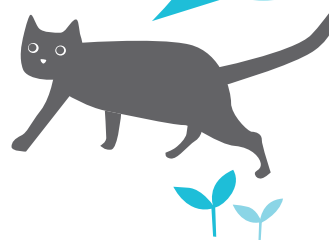
退職医療制度の様式集を作成しましたので、請求書等作成時に御利用ください。
なお、この様式集は年1回の発行となりますので、大切に保管してください。
また、御家族様方にもお知りおきくださいますようお願いいたします。

目次



- P3 令和6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
- 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(コピー等して御使用ください。)
- 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 令和6年度の給付金処理日等

コピーを
して使うと
再利用可能!



令和6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・利用期間を御覧いただき、御利用ください。

事業名	事由	内容	利用期間	該当頁
給付事業	療養補助金	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 ※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」を記入の上、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	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 御遺族の方は、P15の「㊤退職医療給付(死亡弔慰金)請求書」を記入の上、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
	慶 祝 金	70歳(古希) 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」を記入の上、請求してください。		11
福祉事業	1日人間ドック助成	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.123(5月号)の「令和6年度「1日人間ドック」申込書」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.123 (5月号)
	入院助成金	日額1,000円 ※1年度毎に最高60日分を助成 P7の「㊤入院助成金請求書」を記入の上、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、様式を請求することも可能です。		6~9
	健 康 記 念	30,000円を支給 令和5年度中に70歳に達した方で、加入日から令和5年度末(令和6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6年8月28日(水)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	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。	終身	—

※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、次のページ以降を御覧ください。

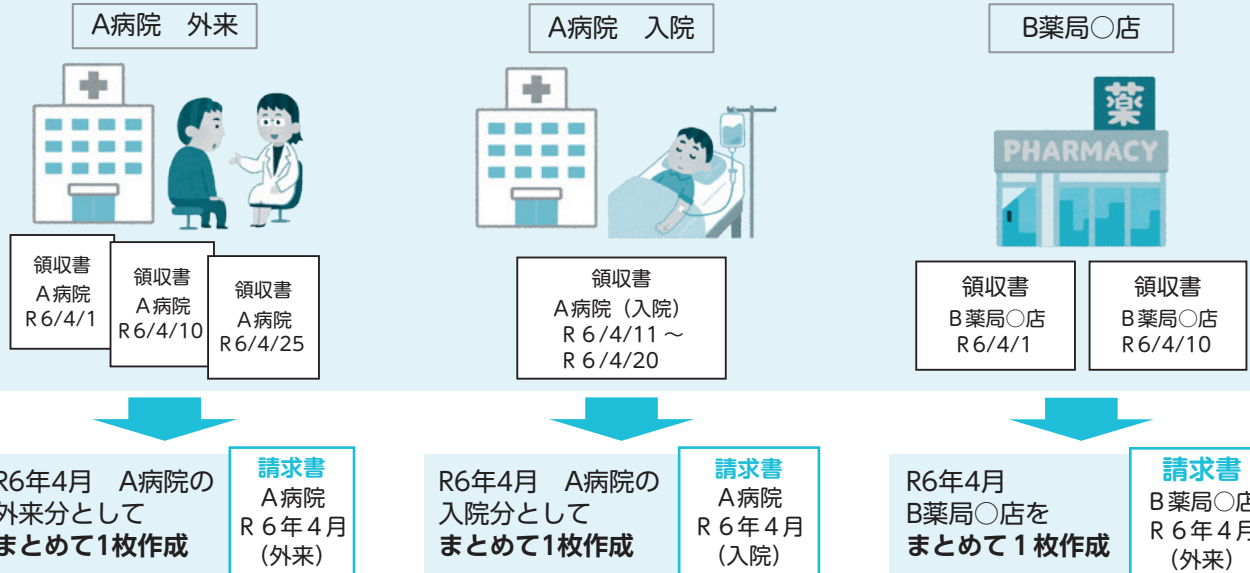
※業務の都合上、互助組合から、医療機関や健診機関に問合せをすることがありますことを御承知おきください。

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ので、次の点に注意して請求してください。

①請求書は、月ごと、保険医療機関ごと、入院・外来ごとにそれぞれ1枚作成してください。

例：令和6年4月に受診したものを請求するとき



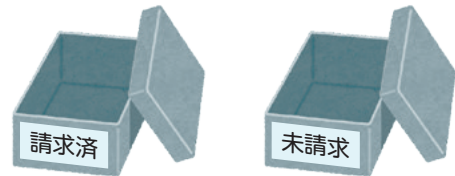
②請求書は、その月の受診が終了してから、診療月の翌月以降に提出してください。

例：令和6年4月に複数の医療機関を受診した場合



③重複請求が多く見受けられます。

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。



④診療当日分以外の支払があり、「未収金」に金額が記載されている領収書については、医療機関に、保険診療分なのか、保険点数は何点なのかを明記してもらってください。

日付と点数を明記してもらってください!

未収金		
4/10	100点	300円

領収書 R6.4.25

▲▲料	××料	合計点数
200点	320点	530点

未収金	請求金額	領収金額
4/10 100点 300円	1590円	1890円

D病院

「未収金」でなくても、保険診療分かどうか分からない領収書がありますので、保険診療分・保険外分の金額をそれぞれ医療機関に明記してもらってください。

領収書

¥1,000円

但 治療費として領収し
(一部負担金300円、保険外700円) E接骨院

一部負担金(保険適用)・保険外の金額を明記してもらってください!
(一部負担金300円、保険外700円)

⑤高額な医療費を「限度額適用認定証」を提示せずに支払った時は、受診した月に加入していた健康保険に「高額療養費」の申請を行い、「高額療養費」を受給してください。

その後で、互助組合に請求してください。

公立学校共済組合の保険証を持っている。

はい

「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。

いいえ

「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。

④⑤につきましては、互助組合から関係機関に問い合わせをしても、個人情報に当たるため回答が得られないことが多くあります。御協力ください。



㊦退職医療給付（療養補助金）請求書記入例

第5条関係

㊦ 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。

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
20999	令和6年10月1日	本人・配偶者	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対象です。

請求者氏名 互助 三郎

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)			

この欄は、受給者証等をお持ちの方又は限度額適用認定証等をお持ちの方のみ記入してください。

療 養 内 容			
療養者氏名	療養者生年月日	療養年月	
互助 三郎	昭和35年11月25日生	令和	06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 医療 接骨院	(保険医療機関等) ※合計点数	外来 入院
	点	1・2
	(接骨院等) ※保険適用の施術料合計	
	円	

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。

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。

令和 年 月 日
所在地
保険医療機関名 (接骨院等)
電話番号

対象外の例

- ・健康保険適用外の治療
- ・健康診断、人間ドックの経費
- ・インフルエンザ等の予防接種料
- ・肺炎球菌の予防接種
- ・文書料(診断書)
- ・接骨院等で受けた保険適用外の施術(はり・きゅう・マッサージ)
- ・入院に関する諸費用(入院時食事代、室料差額、その他雑費)
- ・保険薬局の処方箋以外で薬局で購入した薬品等
- ・デイケア施設利用料
- ・介護保険制度の診療分
- ・病院までの交通費

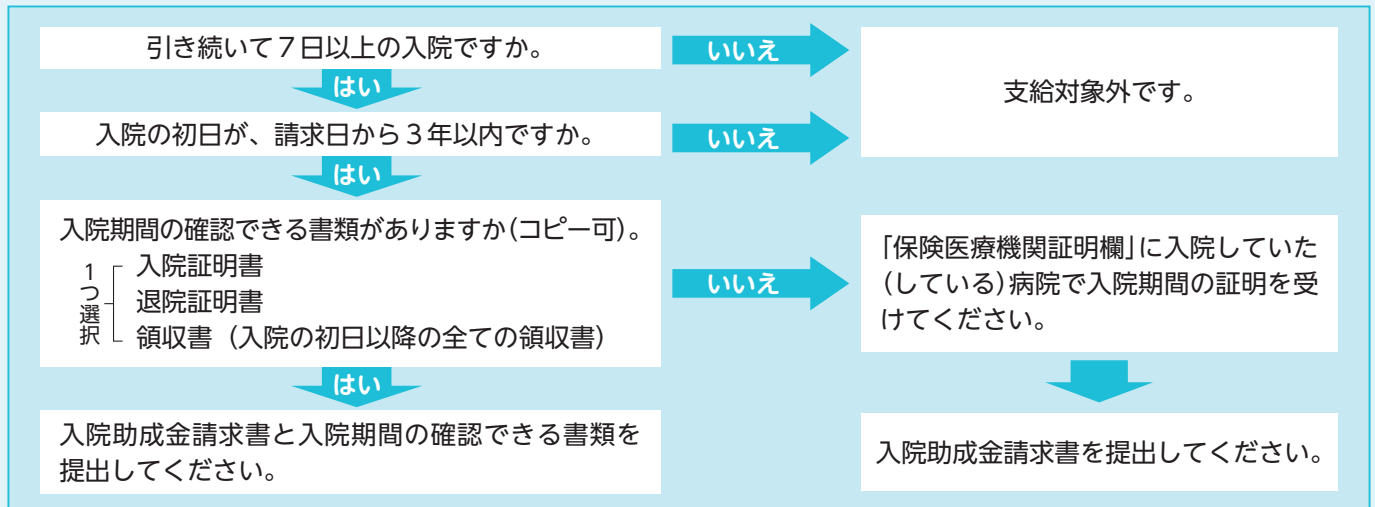
これらは、給付対象外なので、請求できません。



※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。

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。※介護保険による入院は対象外です。



※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。)

㊦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

退職医療組合員番号	20999	会員区分	本人	※ 給付年月日
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 6 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 三郎 TEL (082) 123-4567				※ 互助組合決定額 年度 金額(円) 日数 計
※ (→) 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	広島	銀行	本店	普通預金口座番号
	農協	信用金庫	支店	1 2 3 4 5 6 7
	信用組合			
(フリガナ)	ゴジョ サブロー		ゆうちょ銀行の場合、記入してください。	
口座名義	互助 三郎		記号 () 番号 ()	

チェック欄

☐ 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(入院の初日から入院期間の記載のあるもの)

確実に送金できる口座を記入してください!

「1. 現在の登録口座で受領する」を選択された場合に、登録口座の「解約」や「金融機関の統廃合による支店の変更」により、送金ができない事案が発生しています。

登録口座を変更する場合は、P13の変更届を提出してください。



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) _____

㊦

「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。



退職医療組合員番号

會員区分

※ 給付年月日

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

令和 年 月 日

請求者 住所 〒 一

氏 名

TEL () —

※ 互助組合決定額

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
農協
信用金庫
信用組合

本店
支店

普通預金口座番号

(フリガナ)

□座名義

ゆうちょ銀行の場合、記入してください。

記号

番 号

$$\left(\begin{array}{c} \text{---} \\ \text{---} \end{array} \right) \left(\begin{array}{c} \text{---} \\ \text{---} \end{array} \right)$$

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) ED

＜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

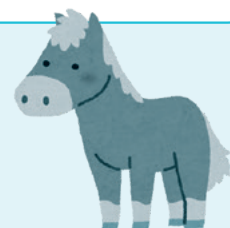
医療費控除とは、確定申告する方やその方と生計を一にする配偶者やその他の親族のために、1年間(1月～12月)に支払った医療費^(※)が一定額を超えるときは、その医療費の額をもとに計算される金額の所得控除が受けられる制度です。

医療費控除の手続については、税務署にお問い合わせください。

※「1年間に支払った医療費」とは、病院等で支払った自己負担額から、互助組合から支給される「療養補助金」及び「入院助成金」や、保険会社等から支払われる保険金を差し引いた額となります。

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。



〈 キ リ ト リ 〉

「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年)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		
医療給付証明書	令和 年分 令和 年分 令和 年分 ※該当年の療養補助金・入院助成金の請求を全て行ったのち、送付してください。 ※該当年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に、慶祝金を給付しますので、「㊤退職医療給付(慶祝金)請求書」を記入の上、互助組合に提出してください。

互助組合から請求書を送付したときに、宛所不明として返送されるものが多いです。

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。

慶祝金の請求書は、互助組合から誕生日初旬に送付します。



㊤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	0	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)										
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	9	年	0	7	月	0	1	日
慶祝金	対象者氏名	互助 太郎					年齢	70 歳		70歳(古稀)				
	(一) 受領口座を指定してください	1. 現在の登録口座で受領する。 ② 次の口座で受領する。 (金融機関名) (支店名) <u>広島銀行</u> <u>山川</u> 支店 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>												

色付の欄は、印字されています。

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 6 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

確実に送金できる口座を記入してください！

「1. 現在の登録口座で受領する」を選択された場合に、登録口座の「解約」や「金融機関の統廃合による支店の変更」により、送金ができない事案が発生しています。

登録口座を変更する場合は、P13の変更届を提出してください。



(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時の手続について

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ことが多くあります。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、互助だ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)

㊤ 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。	
退職医療組合員番号	2 0 9 9 9
変更事項	変 更 前
フリガナ	
氏 名	
郵便番号	〒 7 2 0 - 8 5 1 4
フリガナ	フクヤマシフクリチョウ99-99-103
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
電話番号	(0 8 4) 0 0 0 - 0 0 0 0
※変更した事項の欄のみ記入して下さい	福山 銀行 金庫 信用金庫 信用組合 農協 山川 本店 支店
	広島 銀行 金庫 信用金庫 信用組合 農協 県庁 本店 支店
	口座番号 1 2 3 4 5 6 7 フリガナ ゴジョ サブロウ 口座名義 互 助 三 郎 口座番号 1 2 3 4 5 6 7 フリガナ ゴジョ サブロウ 口座名義 互 助 三 郎
	普通預金 普通預金
変更年月日	令和 6 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 6 年 6 月 10 日 退職医療組合員(氏名) 互助 三郎	



変更届

退職医療組合員番号																								
※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	〒					－					〒					－							
	フリガナ																							
	住 所 (詳細に記入 してください)																							
	電話番号	(					)	－					(				)	－						
	登録口座	銀行 金庫 信用金庫 信用組合 農協					本店 支店					銀行 金庫 信用金庫 信用組合 農協					本店 支店							
		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														
										※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。
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。

★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。

- ①死亡日が確認できる書類(例えば、戸籍謄本の写し、死亡診断書の写し)
- ②死亡した組合員と遺族との続柄が確認できる書類
(例えば、戸籍謄本の写し、住民票の写し(同居の場合))
- ③送金先の通帳の写し

死亡される前に健康保険適用の医療機関に引き続き7日以上入院されていた場合は、入院助成金を請求できますので、P6～7を参考にしてください。入院助成金と死亡弔慰金の請求者は同じ方になさってください。

※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、配偶者や子がない場合は父母、孫及び祖父母となります。

該当する遺族がない場合は、お手数ですが、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

㊥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			
1	2	3	4	5	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	05	年	05	月	20	日
死亡弔慰金	死亡者氏名		互助 二郎						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				
	受領方法		口座番号 : (1 2 3 4 5 6 7) フリガナ : (コシヨ 7キ) 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 6 年 6 月 15 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 明子

電話 (082) 123-4567

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

㊦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 受領方法		(金融機関名) _____								(支店名) _____							
			口座番号 : (_____) フリガナ : (_____) 口座名義 : _____															
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 年 月 日 郵便番号 〒 _____ 住所 _____ 請求者 氏名 _____ 電話 _____																		

(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。

令和6年度の給付金処理日等

締切日

毎月10日(必着)

郵便事情を考慮して早めに提出してください。
10日が土日祝の場合は、その直後の営業日

送金日

毎月28日

10日の締切日に間に合わなかった請求については、
翌月の28日に送金します。
28日が土日祝の場合は、その直前の営業日

請求が できる期間

給付事由の発生した日から**3年間**

令和7年度からは、
2か月に1回の送金に変更となります。
詳しくは、互助だより5月号を御覧ください！

／お知らせ／

