

入院見舞金支給申請書

記号番号	フリガナ	1. 組合員	お願 い
78 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	トウシヨク ハナコ 入院した方 の氏名 東 食 花 子	2. 家 族	

入院期間及び日数	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間
医 師 の 証 明 欄	上記のとおり入院治療したことを証明します。 平成 年 月 日
	医療機関名
	所在地
	医師名

上記の証明又は入院に係わる医療費及び入院日数を確認できる領収書を添えて入院見舞金を申請いたします。
下記の金融機関口座へお振込下さい。振込入金を以て受領と認めます。
「個人情報の取扱について」を確認し同意いたします。

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

組合員住所 東京都渋谷区神宮前○-○-○

組合員氏名 東 食 太 郎

連絡先電話番号 ○○ - ○○○○ - ○○○○

振 込 先 口 座	金融機関名	東 食 銀行 信用金庫・信用組合・農協	渋谷 本店・支店
	銀行コード	支店コード	口座番号
	種 目	フリガナ	名 義 人
	種 目	1.普通 2.当座 4.貯蓄	東 食 太 郎

※「ゆうちょ銀行」の口座への振込をご希望の方は、振込用の店名・口座番号をご記入ください。

支 給 内 訳	年 度	入院・開始年月日	退院・終了年月日	支給日数	通算日数	支 給 決 定 額
		・	・	日	日	円
		・	・	日	日	円
支給決定年月日						平成 年 月 日

決 裁 欄	所 長	課 長	扱 者

処 理 欄	入 力	確 認	受 付 番 号

受 付 印

入院された方の氏名をご記入ください。

病院等で証明を受けてください。
(入院日数を確認できる医療費の領収書が添付されている場合は必要ありません)

組合員がご申請ください。

必ず押印ください。(スタンプ印不可)

必ず組合員名義の振込先口座を記入ください。

入院見舞金のご申請は

- 被保険者の方が、引き続いて8日以上入院した場合は、組合員の申請にもとづき、入院見舞金を支給します。
- 入院見舞金支給に関する支給額や限度日数等は、当組合の規約および規程によりますが、おおむね次の通りです。
 - 入院見舞金の支給できる日数は、入院日の属する事業年度(4月1日より3月31日まで)を単位とし、引き続いて8日以上入院に対して入院の初日から50日までを限度とします。
 - 支給額は組合規約によります。
- 保険外の診療による入院は支給対象外です。(正常分娩による入院ならびに非保険医への入院)
- 支給制度は被保険者の疾病又は負傷が国保法第60条(事故の故意の犯罪行為又は故意によるもの)に該当するときは支給できません。また、同法第61条(闘争、泥酔又は著しい不行跡によるもの)に該当するときは全部又は一部を行わないことを組合規約に定めております
- 手続きは、この申請書の証明欄に病院等で証明を受けるか、または入院したことを証明できる医療費の領収書(入院日、退院日、入院日数の記載があるもの。但し入院日数が50日を超える場合は超えるまでの領収書)を添付の上、管轄の総合事務所窓口へご提出ください。その他ご持参頂くものは、身分を証明できる書類と印鑑、現在ご使用の保険証です。

※ 時効については国保法に準じ2年です。

*保険外の診療による入院は支給対象外です。(正常分娩による入院ならびに非保険医による診療)
*総合病院で診療科をまたがって入院している場合は、通算入院日数で証明くださいますようお願いいたします。