

# 入院補助金請求書 (退職会員)

番号

※互助会記入欄

請求	① この請求の 該当年月 月毎1箇月単位で請求	年 月 分	② 入院日数 日	③ 会員番号	
	⑤ 入院者区分	1 会員 2 給付対象配偶者	④ 会員氏名	⑥ 入院者性別	1 男 2 女
	⑦ 入院者氏名	④ と同じ場合は「同」と記入		⑧ 入院者 生年月日	年 月 日
	※70歳未満で後期高齢者医療制度等に該当しない方は医療補助金請求書も一緒に提出してください。				
者	⑨ ⑤入院者区分で「2 給付対象配偶者」の方は年収制限(※)があるため、毎年8月を超えて初めて請求するとき、配偶者名義の「市町村長発行の課税(収入)証明書の原本」又は「受理された確定申告書のコピー」を提出してください。(収入額が記載されているもの)遺族年金、障害年金受給者は受給額がわかる通知書等のコピーも提出してください。 (※) 給付対象配偶者の認定条件は原則年収130万円未満。ただし、身体障害者(1~3級)、特定医療費(指定難病)受給者等は年収300万円未満				
	⑩ 送金先金融機関名 ※互助会に登録している送金先を変更する場合のみ記入してください。				
記	銀行 支店			口座番号(普)	
				口座名義	
入 欄	⑩ 私が請求した給付金の給付事務手続上、個人情報に記載した書類等を第三者である金融機関等に提供することに同意し、上記のとおり、請求します。 年 月 日 千 住所 請求者 氏名 電話 一般財団法人和歌山県教育互助会理事長 様				

医 師 証 明 欄	患者氏名	
	この証明書の 入院期間 (月末締切で1枚の証明)	自・ 年 月 日 至・ 年 月 日
	入院期間最終日の状態を○で囲んでください。 入院中・退院	
	上記のとおり証明します。 年 月 日 所在地 医療機関 名称及び氏名 印	

- (注) 1 領収証(コピー可)は、裏面に貼付してください。  
 2 患者名、入院期間が判別できる領収証(コピー可)がないときは上記の「医師証明欄」に医療機関で証明を受けてください。  
 3 証明は、和歌山県医師会及び歯科医師会との話し合いで無料で扱われます。ただし、医療機関によっては有料になる場合があるため、事前にご確認ください。  
 4 請求期限は、事由発生後3年間です。  
 5 請求の対象となるのは医療保険適用分です。