



互助会

局長		課長		課長補佐		主監		係長		係	
----	--	----	--	------	--	----	--	----	--	---	--

互助会給付金請求書

※加算(遺児)	円	※決定額	円
---------	---	------	---

組合員証記号番号	氏名	所属所名
-		
① 該当者氏名	※結婚・銀婚は配偶者名	② 診療月(月分) 区分(入・外) 保険適用窓口自己負担額 円
③ 該当日	年 月 日	④ 続柄 ※戸籍上の続柄をご記入ください
⑤ 標準報酬月額	該当月標準報酬月額 円	⑥ 被扶養者で イ. ある 口. ない
⑦ 病名		⑧ 病院名
⑨ 期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	⑩ 事由

上記のとおり請求いたします。

一般財団法人高知縣市町村職員互助会理事長 殿

令和 年 月 日

請求者氏名 _____

上記記載事項に相違ないことを証明いたします。

令和 年 月 日

所属所長名 _____

※下記該当給付金を○で囲み、次ページを参照の上必要事項を記入してください。

[医療費(本人・家族)請求は、一部の所属所のみとなっています。]

医療費(本人)・医療費(配偶者)・結婚祝金・出産祝金・入学祝金
銀婚祝金・弔慰金・傷病給付金・休業給付金・災害見舞金
差額ベッド費用の助成金・傷病見舞金

給付の種類	給付金額	記入該当箇所	添付書類
医療費	6,000円～25,000円 (最低額 500円)	① 該当者名 ⑧ ② ④	領収書
結婚祝金	50,000円	① 配偶者名 ③ 婚姻日	証明様式1号
出産祝金	30,000円	① 子ども名 ⑥ ③ 出産日 ④	証明様式2号
入学祝金	15,000円	① 子ども名 ⑥ ③ 入学日 ④	証明様式2号
銀婚祝金	30,000円	① 配偶者名 ③ 婚姻日	証明様式1号
弔慰金	20,000～250,000円	① 該当者名 ⑥ ③ 死亡日 ④	証明様式3号
傷病給付金	50,000～150,000円 (標準報酬月額 $\frac{5}{10}$)	⑤ 該当月標準報酬月額 ⑦ ⑨ 欠勤期間	給料(共済組合等の義務負担掛金を除く)を支給していない所属所長の証明書
休業給付金	標準報酬月額 $\frac{3}{10} \cdot \frac{2}{10} \cdot \frac{1}{10}$	③ 育児休業に係る子の生年月日 ⑤ 該当月標準報酬月額 ⑩ ⑨ 欠勤期間	休業証明書
災害見舞金	10,000～50,000円	③ 災害日 ⑩	市町村長又は消防署長の交付する災害証明書
差額ベッド費用の助成金	1ヶ月の限度額 20,000円	① 該当者名 ⑧ ④ ⑨ 入院期間 ⑦	領収書
傷病見舞金	1ヶ月の限度額 20,000円	① 該当者名 ⑧ ④ ⑨ 入院又は自宅治療期間 ⑦	下記「証明書」の証明事項(1)～(3)の証明書

※出産祝金、入学祝金、弔慰金について、被扶養者である場合は証明様式は不要です。

<u>証明書</u>	証明事項 (1)床上起座が不可又は不能 (2)体位変換が不可又は不能 (3)食事、用便とも要介助
	※該当する番号を○で囲んでください。
病名 _____	
上記疾病のため _____ 殿は 年 月 日より 年 月 日	
までの間、上記事項に該当し、(入院・自宅療養)する状態にあったことを証明する。	
令和 年 月 日	医療機関名 _____
	医師氏名 _____ (印)