



互助会

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
---------	---	------	---

会員番号	氏名	所属所名
-		
① 該当者氏名	※結婚・銀婚は配偶者名	② 診療年月(年 月分) / 区分(入・外) ※保険適用内自己負担額(計 円) 医科(円)調剤(円) / 歯科(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【例:長男】
⑤ 標準報酬月額	円	⑥ 被扶養者で イ. ある ロ. 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 高知県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・被扶養者)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(被扶養者)・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

(注) 請求者の署名及び所属所長の証明欄をあらかじめ印字している場合は、必ず所属所受付印を請求書内へ押印してください。

給付の種類	給付金額	記入該当箇所	添付書類
医療費	6,000～25,000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 (給料月額 $\frac{5}{10}$)	⑤ 該当月給料 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	給料月額 $\frac{3}{10} \cdot \frac{2}{10} \cdot \frac{1}{10}$	③ 育児休業に係る子の生年月日 ⑤ 該当月給料 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 個室使用期間 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 入院又は自宅療養期間 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。

<p style="text-align: center;"><u>証 明 書</u></p> <p>病名 _____</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p>	<p>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</p> <p style="text-align: right;">※該当する番号を○で囲んでください。</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">医師氏名 _____ (印)</p>
--	---