

入院見舞金・人間ドック等利用助成金 請求書

所属所コード			会員番号	
本配区分		本人・配偶者	該当者氏名	
請求 種 目	入院 見 舞 金	入院年月日	年 月 日	裏面①に証明を受けるか領収書を貼付してください。
		退院年月日	年 月 日	
		医療機関名		
	人間ドック等 利用助成金	受診年月日	年 月 日	裏面②に証明を受けるか領収書を貼付してください。
		医療機関名		
		自己負担額	円	

上記のとおり請求します。
 請求書ならびに添付書類に記載された個人情報について、支払事務に必要な範囲で厚生会が医療機関や加入保険等へ照会・確認を行うことに同意します。
 (一財)京都市町村職員厚生会理事長 様

請求年月日	年 月 日
請求者氏名	
請求者住所	〒 -

注) ① 入院見舞金の請求期間は退院の日から1年以内です。10日以上医療保険での入院で、年度1回となります。年度をこえてそれぞれの年度で10日以上入院期間がある場合は、それぞれの年度で給付します。添付書類は、入院日数の明示されている領収書の写しでも可。
 ② 人間ドック等利用助成金は年度1回、費用の30%の助成となります(消費税含む、100円未満の端数切捨て)。

領 収 書 貼 付 欄	① 入 院 見 舞 金	<p>入院期間確認書</p> <p>年 月 日</p> <p>_____ 様は 年 月 日から 年 月 日 までの期間、傷痍疾病により、入院していました。</p> <p>医療機関所在地 _____</p> <p>医療機関名(または担当者名) _____</p>
	② 人 間 ド ッ ク 等 利 用 助 成 金	<p>人間ドック等利用料金受領書</p> <p>年 月 日</p> <p>_____ 様は 年 月 日 に人間ドック等を利用し、次のとおり利用料金を受領しました。</p> <p>料金(オプション含む) _____ 円</p> <p>医療機関所在地 _____</p> <p>医療機関名(または担当者名) _____</p>

* 上記欄には、領収書等がない場合に医療機関で記入してもらってください。