

ご記入にあたってのご説明

記入例

傷病見舞金・家族傷病見舞金 請求書										
疾病等又は特定損傷を負った者の氏名		互助 太郎		生 年 月 日 及 び 会 員 と の 続 柄		平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 続柄: 本人				
請 求 区 分 (1.又は2.のいずれかに○)		① 入院治療(病気又は負傷(疾病等))により入院を伴う治療を受けたとき 2. 特定損傷(不慮の事故による特定の損傷(特定損傷))に伴う治療を受けたとき ※入院なし								
1	疾病等・特定損傷の 名 称		(傷病名) ○○○○							
特定損傷の区分(注1)		骨折・関節の脱臼・腱の断裂・熱傷・永久歯の喪失 ※いずれかに○								
不慮の事故の状況 及 び 原 因 ( 注 1 )										
2	治 療 期 間		自: 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 至: 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		入院日数		2 日	通院回数	1 日 3	
4	請求額		入院日数 通院回数 請求額 ( 5,000 円 × 2 日 ) + ( 3,000 円 × 1 回 ) + 10,000円(本人) = 23,000 円 ※裏面参照 ※10万円を超えるときは10万円							
請 求 者 の 受 取 金 融 機 関			金 融 機 関 名		○○ 銀行 金庫 農協・信組		本店 支店 本所・支所 出張所			
			普通預金口座番号		123456					
			フリガナ		ゴジョ タロウ					
			預金名義人氏名		互助 太郎					
上記のとおり請求します。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日										
				所 属 所		○○市				
				会 員 番 号		12345				
				氏 名		互助 太郎		5		
一般財団法人滋賀県市町村職員互助会理事長 様										

1 傷病名	3 通院回数	5 氏名
・診断書・退院証明書・保険会社所定の診断書などに記載のとおりにご記入ください。	・入院治療の場合: 上限3回(自己負担額にかかわらず) ・特定損傷に係る通院治療の場合: 回数上限なし(自己負担額が3,000円以上の通院に限ります。ただし、3,000円未満の通院があるときは3,000円未満の通院に係る自己負担額の合計を3,000円で除して得た数(小数点以下切り捨て)を回数に含めます。)	・氏名は「署名」または「記名押印」となります。  署名(自署)の場合: 押印不要 記名(入力)の場合: 押印が必要
2 治療期間	4 受取口座	その他
・治療期間は最初の通院または入院の日から最後の通院または退院の日までとなります。	・請求者(会員)本人の口座をご指定ください。	・請求書内の日付は全て和暦でご記入ください。

## 添付書類について

### 入院治療の場合の添付書類

例      医師等の診断書      +      入院の領収書      +      外来の領収書

※「医師等の診断書」は、退院証明書や保険会社所定の証明書でも代用いただけます。  
(掲載項目が要件を満たす場合のみ)  
確認のため事前に互助会までご連絡ください。

※ 退院日以降に発行された診断書に入院期間・通院日の記載があれば、領収書の添付は不要です。

※ 領収書で通院の回数が確認できない場合は診療明細書などを添付してください。

### 特定損傷に関する通院治療の場合の添付書類

例      医師等の診断書      +      外来の領収書

※ 医療福祉費支給制度により自己負担がない場合もご請求いただけます。(扶養家族加算分の5,000円のみ支給)

支給対象に該当するか不明な場合はご請求前に互助会までお問い合わせください

TEL 077-522-0150    MAIL [gyomu@shiga-ctvgojokai.jp](mailto:gyomu@shiga-ctvgojokai.jp)