

(様式第15-①)

(令和 年度分)

# 入院給付金 支給申請書

支給対象者	被保険者 記号・番号 (8桁の番号)	税国						組合員 区分 (○で囲む)	税理士・勤務税理士・従業員
	組合員氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日
組合員の個人番号 (マイナンバー)									
入院した医療機関の名称									
入院した期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 の 日間							
振込先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他( )			店番号	本・支店名			
	預金種別	普通・当座 その他( )	口座番号					本店 支店	
	フリガナ 名義								
上記のとおり申請します。		令和 年 月 日							
自宅住所		〒 - 府・県							
組合員氏名		連絡先 電話番号 ( )							
組合員の個人番号 (マイナンバー)				近畿税理士国民健康保険組合理事長 殿					

支給申請の方法 「入院給付金支給申請書」太枠内のみ必要事項を記入し、下記の①を添付してください。

## ① 医療機関の領収書(原本)

※ 領収書に入院期間等の記載がない場合は、医療機関発行の医療保険の適用となった入院期間および入院日数を確認できる書類(原本)も添付してください。

※ 領収書等の返却をご希望の場合は、返信用封筒を同封してください。「入院給付金申請済」の確認印を押して返却いたします。

支給要件	令和4年4月1日以降、近畿税理士国民健康保険組合の医療保険(以下、医療保険)の適用となった入院について支給します。 出産、健診、第三者行為等の医療保険適用外の入院は支給の対象外です。	受付印
支給対象者	税理士である組合員・勤務税理士である組合員・従業員である組合員の方 ※下記の場合は支給の対象者とはなりません。 <ul style="list-style-type: none"><li>組合員の家族として加入されている方</li><li>被保険者資格を喪失した場合の喪失日以降の入院分</li><li>後期高齢者組合員の方</li><li>後期高齢者医療制度に該当した日以降の入院分</li><li>介護保険施設への入所分</li></ul>	
支給開始日	1会計年度(4月～翌年3月)通算して待機日数を3日とし、4日目から支給します。	
最大支給日数	支給日数は1会計年度内で最大90日分を支給します。	
支給金額	入院1日につき、5,000円を支給します。	

組合 記入欄	支給決定額	計算根拠	待機日数	支給日数 累計	申請回数	備考
	¥	( 5,000円 × 日分)	3・0			