

# 入院給付金 支給申請書 (相続人申請用)

(令和 年度分)

(様式第15-②)

支給対象者	被保険者証 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
	(フリガナ) 組合員氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日
保険医療機関名称					
入院期間 (医療保険適用外の 入院を除く)					
自 令和 年 月 日			入院日数		
至 令和 年 月 日			日分		
支給申請金額					
円					
<支給額算出式> 5,000円 × 支給日数( 日) ※支給日数は待機日数3日を除いた日数です。 (待機日数を除くのは1会計年度で1回のみです。)					
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
	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					
(住 所) 〒					
(申請人) 電話番号 ( )					
組合員死亡による 相続人代表者氏名 近畿税理士国民健康保険組合 理事長 殿					

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			

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。
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。

支給申請の方法 「入院給付金支給申請書」に必要事項を記入し、下記の①と②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。

## ② 相続人を証明できる戸籍謄本および申請人の本人確認書類(マイナンバーカード・ 運転免許証・健康保険証等)のコピー

領収書等の返却をご希望の場合は、その旨を書いたメモと、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。