



決	常務理事	事務長	課長	確認	係
裁					

## 入院見舞金支給申請書

被保険者証 記号番号	歯国 . -	入院者 氏名等			
資格取得日	昭・平・令 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日生 (男・女)		
入院期間	年 月 日 から 年 月 日までの 日間				
資格	① 甲種組合員		② 乙種組合員		
振込指定金融機関	口座名義人(上段フリガナ)		預金種目	口座番号	
銀行・信用金庫	支店・出張所		1.普通 2.当座 3.貯蓄		
大阪府歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿 別紙診断書を添付し、申請いたします。 令和 年 月 日 (〒 - ) (TEL - - ) 住 所 ..... 氏 名 ..... 印 .....					

※下記の欄は記入不要です。

$\left\{ \begin{array}{l} \text{入院日数} \\ \text{( )日間} \end{array} - \begin{array}{l} \text{免責日数} \\ \text{( 2 )日間} \end{array} = \text{ 日間} \right\} \times ( 7,000 \text{ 円} \cdot 2,800 \text{ 円} ) = \text{ 円}$
--

### 入院見舞金

組合加入後1年を経過した組合員が、疾病または負傷により、保険医療機関に連続して3日以上入院したとき、その3日目以後の入院日数について、1日につき下記区分により入院見舞金を支給する。また、支給日数は支給を開始した日から起算した満1年について90日を限度とする。

甲種組合員 7,000円

乙種組合員 2,800円

※ 家族の方・後期高齢者組合員の方は、申請できませんのでご注意ください。

#### 【留意点】

- 入院見舞金支給申請書に別紙診断書を添付し申請。(支部の経由は不要)
- 入院見舞金は、原則1入院ごとの申請となります。  
ただし、入院が長期にわたる場合は、月単位の申請も可能です。
- 入院3日目から給付の対象となりますので、入院2日目までは免責期間となり、給付対象外となります。  
なお、免責期間は1入院ごととなりますので、複数回の入院があった場合は、その都度免責期間が発生いたします。  
**(規約改正に伴い、入院開始日が令和2年3月31日までのものは、入院4日目までが免責期間となります)**
- 支給を開始した日から起算した満1年について最高90日まで申請可能となっております。

問合せ先：大阪府歯科医師国民健康保険組合 (TEL 06-6772-8306)

# 診 断 書

大阪府歯科医師国民健康保険組合 殿

入院者 氏名等		住所
	昭和・平成・令和 年 月 日生(男・女)	
傷病名並びに治療の経緯		
発病年月日 年 月 日		
年 月 日 治癒 ・ 治癒見込 ・ 転医 ・ 継続中 ・ 死亡		
入院 期 間	年 月 日 から 年 月 日までの 日間	

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

所 在 地

医療機関名

医 師 氏 名

印