

支部用

一般社団法人 岡山県手をつなぐ育成会

おかやま福祉互助制度

Q & A 事務マニュアル

1. おかやま福祉互助制度 Q & A
2. 加入事務について
3. 給付事務について

おかやま福祉互助制度
(岡山県知的障害者福祉互助制度)

事務局長 岡野 茂一

事務局 086-801-3890

(フリーダイヤル(JIC直通) 0120-177-294)

一般社団法人 岡山県手をつなぐ育成会
おかやま福祉互助制度に関する

Q アント A

Q 1 この互助制度の目的・特長は何ですか？また、給付の内容は？

A この互助制度は一般社団法人岡山県手をつなぐ育成会が、岡山県知的障害者福祉協会、岡山県小規模事業所協議会ならびにそれらの団体に加盟している施設・作業所の協力のもと、会員の為の福祉の充実を図るための制度です。営利を目的とせず、加入者が病気や検査等で入院をした際の相互扶助を目的としています。入院の条件も既往症による入院や検査入院等も補償対象となります。給付項目も付添介護保険金・差額ベッド費用保険金・入院一時保険金・入院諸費用保険金の給付のほか、A I G損害保険会社と提携をし、傷害保険金や第三者賠償補償も兼ね備えて幅の広い内容となっています。一部給付や補償の対象外になるケースもありますのでパンフレットで確認願います。

Q 2 この互助制度にはどういう障害のある人が加入できるのですか？

A 岡山県手をつなぐ育成会会員の家族で知的障害・発達障害のある人、または岡山県手をつなぐ育成会会員で知的障害・発達障害のある人です。

Q 3 支部はどのように作るのですか？

A おかやま福祉互助制度では、加入の単位として地域親の会、施設親の会ごとに支部を設置し支部登録をします。
選任された支部長様には、入院保険金等の保険金請求の証明者になっていただきます。加入依頼書と同時に支部登録用紙を提出していただきます。

Q 4 加入の手続きはどのようにするのですか？

A この互助制度は4月1日からスタートします。
各支部や事務局内に加入依頼書が準備されていますので、必要事項を記入して3月20日までに互助制度事務局へ届くようにしてください。
また中途からも加入できます。不明な点や加入依頼書が手に入らない場合は事務局へお尋ねください。
継続される場合は別途案内が届きます。

Q 5 加入する場合、保険料の支払いはどうすればよいのですか？

A 加入時期により異なります。以下説明します。
① 年度初め（毎年4月1日が年度初め）に加入する場合は加入依頼書に預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書を書いて提出してもらうだけで済みます。届かさ

れた個人の金融機関の口座から自動引き落としされます。5月12日に保険料が自動引き落としされます。従いまして、加入手続きはなるべく3月20日までにお願ひします。

- ② 年度の途中で加入する場合は、加入月からの保険料を互助制度の指定口座に納入していただく必要があります。翌年度からは5月12日に個人の口座から保険料が自動引き落としされます。中途加入は加入者の負担が増えますのでスタート時点からの加入をお勧めします。

Q 6 退会の手続きはどうすればよいのですか？

- A 退会の届けは書面で提出していただきます。運営委員長が受理した翌日が退会日となります。また、加入資格を喪失した場合も同様となります。

Q 7 けがで入院し付き添いを要した場合、入院の付添介護保険金とけがの入院保険金の両方の給付が受けられますか？

- A そのとおりです。加入者がけがで入院した場合で、かつ、付添介護（職業付添人）を要したときは、A型の場合一日当たり入院保険の付添介護保険金8,000円（または6,000円）と傷害保険の入院保険金2,500円、計10,500円の給付が受けられます。また、他の入院保険金も給付されることがあります。職業付添人以外の付添介護の場合は保険金額が異なりますので、パンフレットで確認願ひます。

Q 8 入院保険金の給付にはどのような制限がありますか？

- A 加入者が病気やけがで入院して、付き添いがついた場合や差額室料を支払った場合に給付されますが、加入した日から90日目の応答日以前に入院した場合には給付の対象になりません。加入した日から91日目以後に入院した場合は、その状況になった初めの1日間は給付対象外になります。又、年間最高で40日分の給付で打ち切りになります。けがで入院した場合は、付き添いの有無にかかわらず加入した日から傷害保険金の給付が受けられます。（パンフレット参照）

Q 9 既往症、特に[てんかん] が原因で入院した場合でも給付は受けられますか？

- A てんかんによる入院であっても、入院保険金（付添介護・差額ベッド費用・入院諸費用）の給付を受けることができます。但し、てんかん発作が原因でケガをされ、その治療のために入院・通院された場合には傷害保険金は給付されません。また、死亡された場合には病気による死亡の扱いとなります。

Q 1 0 器物損壊等で何度も第三者に損害を発生させた場合、第三者損害賠償金の給付はどうなりますか？

A 偶然な事故により第三者に損害を与え賠償する場合には、請求回数に関係なく給付を受けることができます。但し、同一内容の事故を何度も発生させた場合には、請求回数により給付の割合を制限することがあります。
また、故意による損害や偶然性が無いと判断された場合には、給付の対象とならないことがあります。

Q 1 1 給付申請の手続き方法を教えてください。

A 各種申請書は事務局または保険会社にそろえています。入院保険に関するものは事務局へ、傷害保険に関するものはA I G損害保険会社（J I Cウエスト(株)）へご連絡ください。（入院保険については、本会ホームページより入手することもできます。）必要事項をご記入の上送付下さい。内容を審査し速やかに指定の口座に送金します。（入院保険金は、毎月10日までの申請は月末までに送金します。10日以降の申請は翌月末までに送金します。）場合によっては申請内容について問い合わせすることもあります。迅速に処理をするためになるべく早く申請書をだしていただくことが必要です。

一般社団法人岡山県手をつなぐ育成会
おかやま福祉互助制度 事務局

場所：〒700-0807 岡山市北区南方 2-13-1
岡山県総合福祉・ボランティア・NPO 会館 2階
(J I Cウエスト(株)：0120-177-294)
TEL：086-801-3890
FAX：086-801-3891
事務担当：畑本

支部（支部長）の仕事

この互助制度は、一般社団法人岡山県手をつなぐ育成会が中心になって岡山県知的障害者福祉協会の協力のもとに民主的に運営していきます。

互助制度の輪を広げるために、岡山県手をつなぐ育成会に加入する地域親の会、施設親の会ごとに互助制度の窓口として支部を作ります。それぞれの支部で支部長を選任し支部登録申請書にて登録して頂きます。

以下、支部長にお願いすることを列記しました。

項 目	仕 事 の 内 容
支部の定義	支部とは、互助制度への加入の単位です。（一社）岡山県手をつなぐ育成会会員の親の会（家族会・保護者会）ごとに設置します。
支 部 長	上記の代表者をいいます。
支 部 登 録	支部を通して入会となるため登録してください。
加 入 事 務	加入者があれば、加入依頼書（兼預金口座振替依頼書）を事務局に提出してください。 保険料の送金もお願い致します。
給 付 請 求	加入者が入院保険金等請求をする場合、診断書等を不要にし、支部長が証明者となります。
異 動 報 告	支部長が変更になったときや加入者が転居・転籍になったときは事務局へ連絡してください。
退 会 報 告	加入者がなんらかの理由で退会するときは、事務局へ連絡してください。
そ の 他	その他不明な点は、専用のフリーダイヤルか、事務局へ相談してください。 支部の加入者名簿は、支部長宛に送付致します。

支部登録申請書

令和 年 月 日

一般社団法人岡山県手をつなぐ育成会 御中

支部

支部長 印

互助制度規約の趣旨に賛同し、支部として登録したいので次の通り申請します。

支部名・支部長名	(支部名)	(フリガナ)
		(支部長名)
所在地	(〒 -)	
	(TEL)	(FAX)
連絡先(担当者)氏名	(フリガナ)	
	(氏名)	
連絡先所在地 及び電話番号	(〒 -)	
	(TEL)	(FAX)

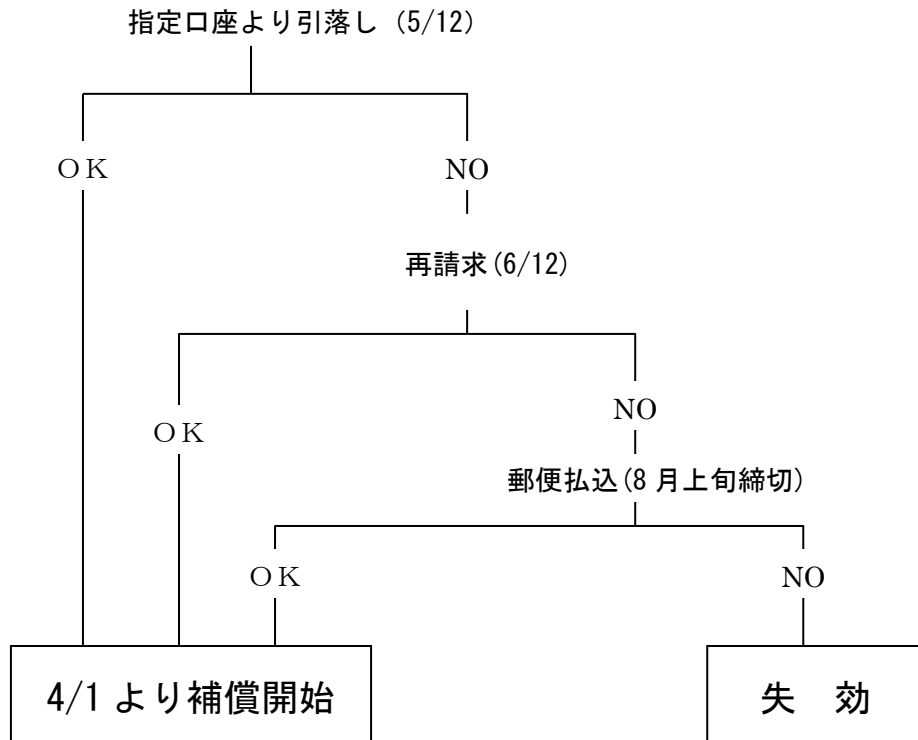
(事務局使用欄)

(一社)岡山県手をつなぐ育成会福祉互助制度加入のご案内

4月加入

* 加入依頼書 : 加入者→→支部→(3/20締切)→事務局
<捺印、口座番号の記入漏れがないか確認の上事務局へ>

* 保険料



中途加入

* 加入依頼書 : 加入者→→支部→(毎月/20締切)→事務局
<捺印、口座番号の記入漏れがないか確認の上事務局へ>

* 保険料 : 加入者→→支部→(毎月/20締切)→育成会口座に振込



翌月1日補償開始

振込先

中国銀行
本店営業部
普通預金 3015119
おかやま福祉互助制度

事務局

〒700-0807
岡山市北区南方2丁目13-1
岡山県総合福祉・ボランティア・NPO会館2F
一般社団法人 岡山県手をつなぐ育成会
おかやま福祉互助制度事務局
TEL:086-801-3890 FAX:086-801-3891

おかやま福祉互助制度 中途加入保険料表

【A型】

加入月	残月数	保険料
4月	12	18,000
5月	11	16,570
6月	10	15,080
7月	9	13,590
8月	8	12,100
9月	7	10,610
10月	6	9,130
11月	5	7,640
12月	4	6,150
1月	3	4,660
2月	2	3,190
3月	1	1,680

【B型】

加入月	残月数	保険料
4月	12	12,000
5月	11	10,990
6月	10	10,000
7月	9	9,020
8月	8	8,050
9月	7	7,060
10月	6	6,080
11月	5	5,110
12月	4	4,120
1月	3	3,140
2月	2	2,170
3月	1	1,180

【中途加入の取扱い】

- 〔I〕 ①上表より、加入月の中途加入保険料を確認して下さい
②加入依頼書兼預金口座振替依頼書を事務局へ送付下さい
③下記口座まで保険料をご入金下さい（口座引落しは翌年からとなります）

中国銀行 本店営業部 普通預金

口座番号 3015119

おかやま福祉互助制度

※振込手数料は差し引きのうえ、電信扱いをお願いします

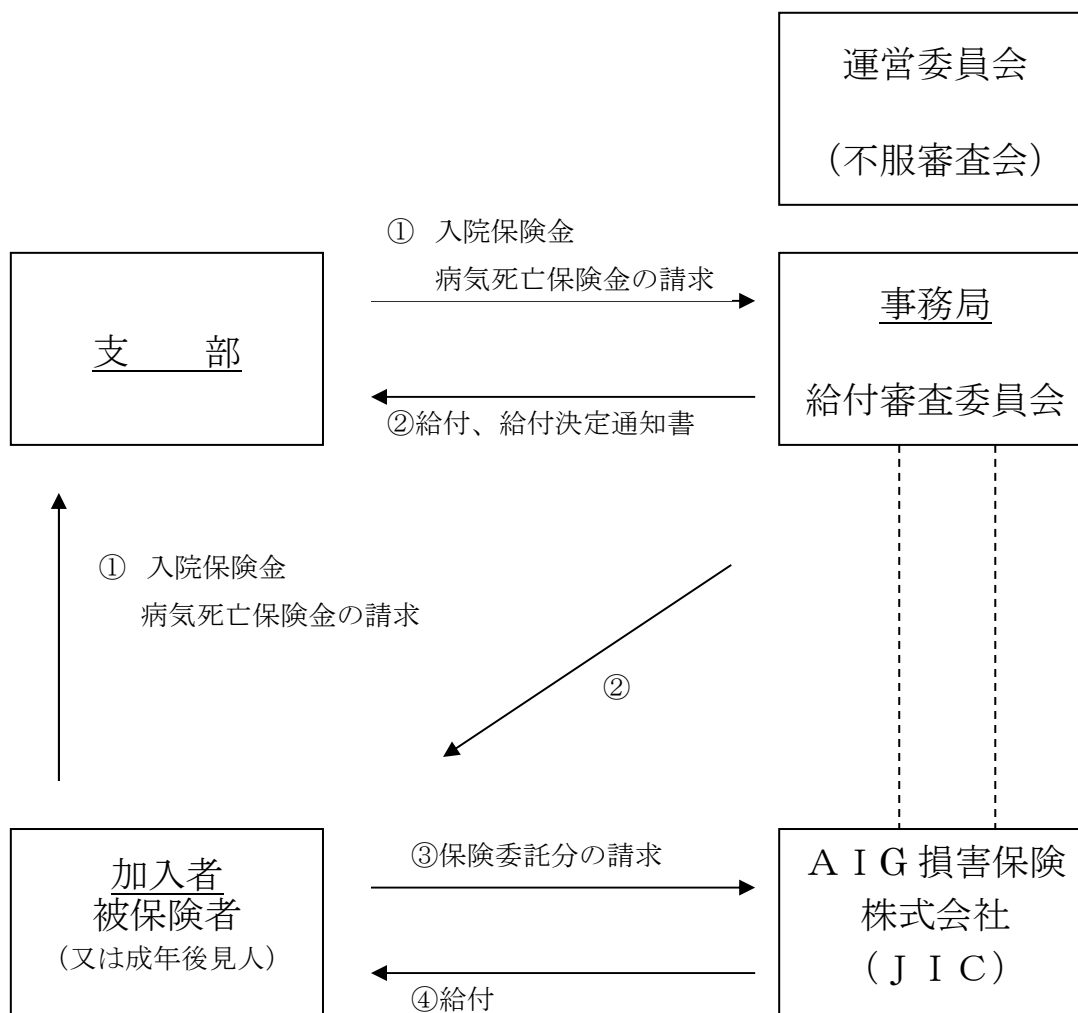
◆加入者資格を取得した日から補償開始となります

おかやま福祉互助制度の保険料、支部報奨費、並びに保険種類および一被保険者あたりの保険金額は次の通りとする。

(平成26年4月1日現在)

	A型	B型
入院保険 (病気やケガで) (a) 付添介護保険金(有償) 付添介護保険金(その他) (b) 差額ベッド費用保険金 (c) 入院一時保険金 (d) 入院諸費用保険金 (e) 病気死亡保険金 (病気または(f)以外) ※ (a) (b) (d) は入院2日目より給付の対象となります。 ※ (a) について、[有償]とは職業付添人による付添、[その他]とは職業付添人以外による付添とします。 ※ (a) について、[1日]とは12時間以上、[半日]とは6時間以上とします。	1日 8,000円 半日 6,000円 1日 4,000円 半日 3,000円 1日 3,000円 までの実費 1入院 5,000円 1日 1,000円 3万円	1日 5,000円 半日 3,000円 1日 2,500円 半日 1,500円 1日 3,000円 までの実費 1入院 5,000円 1日 1,000円 2万円
死亡保険金・後遺障害保険金 (f) 事故による死亡又は後遺障害	最高200万円～8万円	最高200万円～8万円
普通傷害保険 (ケガで) (g) 入院保険金 (h) 通院保険金 (j) 手術保険金 ※ (g) (h) は初日より給付の対象となります。	1日 2,500円 1通院 1,000円 入院を伴う手術 2.5万円 入院を伴わない手術 1.25万円	1日 1,300円 1通院 600円 入院を伴う手術 1.3万円 入院を伴わない手術 0.65万円
第三者損害賠償金 支払い限度額	1事故あたり 5,000万円 (免責 0円)	1事故あたり 3,000万円 (免責 0円)
保険料	18,000円	12,000円
支部報奨費	360円/人	240円/人

給付事務の流れ



- 1) 入院保険金、病気死亡保険金の請求は、毎月10日までに事務局に到着した分を当月分とし、給付審査委員会にて認定、月末までに給付します。
- 2) AIG 損害保険株式会社の約款により給付される項目（傷害保険金給付、第三者損害賠償給付）については、随時、請求の受付・処理を行い給付します。

入院保険金の給付は、原則として費用負担者宛となりますが、特段の理由がある場合は支部で受け取ることもできます。理由を添え書きし、保険金請求書の送金先欄に記入の上、請求ください。

様式 1 おかやま福祉互助制度
入院保険金請求書

おかやま福祉互助制度入院保険金請求書

令和 年 月 日

一般社団法人岡山県手をつなぐ育成会 御中

(フリガナ)
請求者氏名 _____ 印

(被保険者との続柄: _____)

※付添介護状況・差額ベッド利用状況申告書兼同意書(様式2)を添付のうえ、下記の通り請求します。

支 部 名			
(フリガナ) 被 保 険 者 氏 名	(歳)		
加 入 者 番 号			
入 院 医 療 機 関	(フリガナ) 病 院 名 : 診 療 科 目 : (フリガナ) 担 当 医 師 : T E L :		
傷 病 名	(フリガナ) 傷 病 名		
入 院 期 間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで (日間)		
介 護 期 間	平成・令和 年 月 日 時 分から 平成・令和 年 月 日 時 分まで (日間)		
介 護 人 氏 名		関 係	
送 金 先	銀行・信組 支店 信金・農協 支所 普通・当座 口座番号 _____ (フリガナ) 名義人氏名 _____ (被保険者との続柄: _____)		

上記の通り相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

支部長 _____ 印

※差額ベッド費用の保険請求の場合には医療機関の領収書(写し)を必ず添付のこと

※職業付添人の場合は請求書または領収証の写し等(付添期間を明記しているもの)を添付のこと

(家族等介護の場合は不要)

※精神科への入院については、入院に至る理由・症状等を下記に記入のこと

※入院を証明しうるもの(入院証明書、医療機関の領収書(写し)の内いずれか一部)を添付のこと

※成年後見人が請求をする場合は、成年後見人であることを証明しうるものを添付のこと

精神科への入院の場合	(入院に至る理由・症状)
事務局使用欄	

様式2 おかやま福祉互助制度
入院保険金請求書
(付添介護、差額ベッド費用の保険金請求用)

付添介護状況・差額ベッド利用状況申告書兼同意書

一般社団法人岡山県手をつなぐ育成会 御中

保険金請求の内容等について、貴法人の保険金給付担当職員が、被保険者が入院した病院・診療所等に対し、この申告書の内容等を照会し、回答を受けることに同意します。

請求者氏名： _____ 印

被保険者との続柄： ()

支部名		加入者番号		被保険者名	
-----	--	-------	--	-------	--

月日	付添人	① 付添人氏名 (続柄)	② 付添人氏名 (続柄)	③ 付添人氏名 (続柄)	差額ベッド 日額
		_____ ()	_____ ()	_____ ()	
1	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
2	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
3	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
4	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
5	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
6	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
7	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
8	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
9	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
10	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
11	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
12	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
13	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
14	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
15	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
16	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
17	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
18	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
19	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
20	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	

■注意

- 1) 付添介護状況を具体的に記入してください。時間帯は24時間制(0:00~24:00)にて、1日を24:00で分けてご記入ください。複数人が付き添った場合でも、一日または半日あたりの保険金額を限度とします。
- 2) その日が差額ベッド利用日であれば最右欄に日額を記入してください。
- 3) 差額ベッドを利用したときは、入院医療機関発行の差額ベッド費用の支払が証明される領収証などのコピーが必要です。

様式3 異動報告書

(加入後の加入者のあらゆる異動、退会などの届出用)

異 動 報 告 書

令和 年 月 日

一般社団法人岡山県手をつなぐ育成会 御中

支部
 支部長 印

被保険者氏名： 印

(個人情報の取扱いに同意します)

当支部の会員より異動の報告がありましたので、次の通り報告いたします。

加入者番号及び氏名				
加入年月日				
異動年月日				
異動内容 (該当項目に○印)	1	住所・TEL	(新住所) 〒 (TEL)	
	2	所属支部	(新支部名)	
	3	被保険者氏名	(新氏名)	(フリガナ)
	4	加入者氏名	(新氏名)	(フリガナ)
	5	(口座振替) 銀行口座	※所定の用紙を後日送付します。	
	6	退会	※返金手続きに必要な送金先口座をご記入ください。 (口座) (口座番号) 銀行(信金) 支店 (フリガナ)	
			(口座名義人)	
7	次年度不継続			
備考				