

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			
被 保 険 者 氏 名 (フリガナ)	( 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	