

【記入例】

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3年6月1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 岡山花子 (印)

(被保険者との続柄: 母)

※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	△ △ △ △ △ ⇒所属支部名をご記入ください	
(フリガナ) 被 保 険 者 氏 名	オカ ヤマ ジ ロウ 岡 山 次 郎 (45 歳)	
加 入 者 番 号	9085000000	
入 院 医 療 機 関	(フリガナ) フ リ ガ ナ 病 院 名 : ◇ ◇ 病 院 診 療 科 目 : 内 科 (フリガナ) フ リ ガ ナ 担 当 医 師 : ○ ○ ○ ○ T E L : 086-200-2000	
傷 病 名	(フリガナ) ハイエン 傷 病 名 肺 炎	
入 院 期 間	平成・令和 3 年 5 月 1 日 から 平成・令和 3 年 5 月 8 日 まで (8 日間)	
介 護 期 間	平成・令和 3 年 5 月 1 日 13時00分から 平成・令和 3 年 5 月 8 日 13時00分まで (8 日間)	
介 護 人 氏 名	岡山花子 広島育子	関係 母 職業付添人
送 金 先	銀行・信組 支店 中 国 信金・農協 本店営業部 支所 (普通)・当座 口座番号 1000111 (フリガナ) オカ ヤマ ジ ロウ 名義人氏名 岡 山 次 郎 (被保険者との続柄: 本人)	

上記の通り相違ないことを証明します。

令和3年6月1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(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

※入院を証明するもの(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す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	

【記入例】

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)

【様式2】は、付添介護をされた場合、個室をご利用になった場合にご提出いただく書類です。

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：岡山 花子

印

被保険者との続柄：(母)

支部名	△ △ △ △ △	加入者番号	9085000000	被保険者名	岡山 次郎
-----	-----------	-------	------------	-------	-------

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
		岡山 花子 (母)	広島 育子(職業付添人)	()	
1	5月1日	13時00分～24時00分	時 分～時 分	時 分～時 分	3,300
2	5月2日	0時00分～15時00分	15時00分～24時00分	時 分～時 分	3,300
3	5月3日	時 分～時 分	0時00分～24時00分	時 分～時 分	11,000
4	5月4日	時 分～時 分	0時00分～24時00分	時 分～時 分	11,000
5	5月5日	時 分～時 分	0時00分～24時00分	時 分～時 分	11,000
6	5月6日	時 分～時 分	0時00分～24時00分	時 分～時 分	11,000
7	5月7日	15時00分～24時00分	0時00分～15時00分	時 分～時 分	11,000
8	5月8日	0時00分～13時00分	時 分～時 分	時 分～時 分	11,000
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	

付添介護とは

入院治療を継続するために、付添を必要とする場合をいいます。通常、病院から付添の依頼があります。

お見舞いや、様子を見に来た、着替えを持ってきた等は付添介護にあたりません。

入院治療を継続するために、付添を必要とする場合の例

- 点滴を抜いてしまうので見守りが必要
- 食事の介助が必要
- 徘徊してしまうので見守りが必要
- 意思の疎通が不可能
- 極度の精神的不安定 等・・・

※付添人が4名以上の場合は、職業付添人とそれ以外の人に分けてご記入ください。付添人氏名欄に収まらない場合でも、欄外に必ず氏名をご記入願います。

※「差額ベッド日額」の欄には、「個室料日額」をご記入ください。この記入例では、途中で個室を移動された場合の記入の仕方になります。

◆◆ 本件についての問い合わせ先 ◆◆

〒700-0807

岡山市北区南方2-13-1

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

■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。