

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。