



決	常務理事	事務長	確認	係
裁				

## 入院見舞金支給申請書

(添付書類) 保険医療機関が発行する診断書 (コピー可)

被保険者等 記号番号	歯国 . -	入院者 氏名	
資格取得日	昭・平・令 年 月 日	生年月日	昭・平・令 年 月 日
入院した保険 医療機関名			
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	(フリガナ)	
		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 診断書を添付し、申請いたします。 年 月 日 (〒 - ) (TEL - - ) 住 所 ..... 氏 名 ..... 印.....			

※下記の太枠欄は記入不要です。

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

**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。

【支給区分】 甲種組合員 7,000円 (1日)      乙種組合員 2,800円 (1日)

**※ 家族の方・後期高齢組合員の方は、給付対象外です。**

【添付書類】 医療機関が発行する診断書 (コピー可)

【留意点】 ・原則一入院ごとの申請となります。  
 ・入院2日目までは免責期間となり、給付対象外です。  
 ・免責期間は一入院ごととなり、複数回の入院の場合は、その都度免責期間が発生します。

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