

事務局使用欄	期 間	日
	金	

記入しないでください

事務	記入例
常務理事	

1日あたりの部屋代が分かる明細が添付されておらず、確認ができない場合は、病院に問合せをする場合もあります。

T・G特別医療共済会支給申請書 (差額ベツ)

T・G特別医療共済会 理事長 殿

不明な点がある場合は共済会事務局から医療機関への問合せに了承し、申請します。

申請日： 28年2月25日

会 員 (本人)	保険証の 記号・番号	記号	123	番号	45	事業所の 名称	トヨタ〇〇株式会社					
	フリガナ	キョウサイ タロウ				生年 月日	昭和 平成 35年 4月 21日					
	氏名	共済 太郎										
入 院 者	住所	〒461-1234 名古屋市東区南町1-2-3 北西マンション405号									本人の場合は、氏名欄に“同上”のみで可	
	フリガナ	キョウサイ ハナコ	続柄	長女		生年 月日	昭和 平成 8年 5月 3日					
	氏名	共済 花子										
傷 病 者	傷病名	A 胃 潰 瘍				病 院	△△総合病院					
	原因	一般傷病 ・ その他 (交通事故 ・ 労働災害 ・ 通勤災害)										
支 払 明 細	差額ベッド料を 負担した期間	27年 12月 8日 ~ 27年 12月 13日 (6日間)										
	差額ベッド料の 金額(消費税込)	1日あたり 8,640円 × 6日 = 51,840										
内 容	申請区分	継 続【同一傷病またはそれに関連する傷病で申請をしたことがある場合】 新 規【初めての申請 または 以前申請したがその時と違う傷病の場合】										
	C 理 由 ○をつけて下さい	①室料差額が不要な部屋が空いていなかった ②医師の指示によるもの ③その他 ()										
※ 振 込 先	フリガナ	ミヅ 外 科 ヲウ UFJ			銀行 コード	0005	フリガナ	オオツチ		本店 支店 出張所	支店 番号	203
	銀行名	三菱東京 UFJ			銀行 コード	0005	支店名	大津町		本店 支店 出張所	支店 番号	203
	口座番号	0	0	1	2	3	4	5	フリガナ	キョウサイ タロウ		
	口座種別	普通 当座・貯蓄			口座名義人	共済 太郎						

在職者、退職者に関わらず、全員こちらにご記入の口座へ振込みしますので、必ずご記入ください。
申請者の責による再振込手数料は申請者のご負担となりますのでご注意ください。

ご確認下さい

A【傷病名】記入欄について

「異常分娩」「帝王切開」「切迫早産」等分娩に関係する場合で、全室室料差額が必要な医療機関の場合は、補助対象外となります。

B【支払明細】記入欄について

実際に室料差額を負担した日数と金額をご記入下さい。

入院期間中に、異なる金額の部屋に入院した場合は、二段に分けてご記入ください。

C【内容の理由】記入欄について

③の場合は、状況を詳しくご記入ください。(支給の可否決定に時間をいただく場合があります。)

保険診療での入院で、次の①～③のいずれかに該当する場合に支払った差額ベッド料の80%を補助します。

- ①差額ベッド料が不要な部屋が空いていなかった場合
- ②病状等により医師から勧められた場合
(ただし、分娩(帝王切開等)で、全室室料差額が必要な医療機関(完全個室等)に入院した場合は適用外)
- ③理事会にてその他やむを得ないと認められた場合

【申請に必要な添付書類】

- ①入院支払領収書の写し (「差額ベッド料」「特別室料」等に金額が記載されているもの)
- ②診療明細書・個室利用申込書等の写し (1日当たりの差額ベッド料の記載があるもの)

※不明な場合は、事務局から病院に確認させていただく場合があります。

申請に際しまして確認をお願いします

- 保険診療での入院ですか？(正常分娩等の自費診療が起因での入院は補助対象外です)
- 領収書に「差額ベッド料」「室料差額」「個室料」等の記載がある欄に金額が記載されていますか？
- 1日あたりの部屋代が分かる書類(領収証の明細等)は添付してありますか？
→不明な場合は、医療機関に確認の電話をさせていただく場合がありますのでご了承ください。
- 差額ベッド料は、個人の希望での利用ではありませんか？(申請理由に○印がついていますか？)

分娩に伴う入院の方は、下記にもチェックをお願いします。

- 全室差額ベッド料が必要な医療機関(目安:4人部屋以下しかない病院)ではありませんでしたか？

対象者	一般会員(本人)及びその被扶養者(トヨタ販売連合健康保険組合登録の家族)
1日あたりの補助上限額	会員1人当たり 10,800円 (10円未満切上)
補助期間	会員(本人)・・・2年6ヵ月、 被扶養者(家族)・・・1年6ヵ月
補助期間の通算方法	最初の給付開始日より起算し、同一傷病(※)は継続している限り、 <u>給付が発生している期間のみ</u> を通算します ※同一傷病・・・健保組合の傷病手当金の支給基準に準じます 給付発生が 15日以下の月・・・0.5ヵ月、 16日以上月・・・1ヵ月
補助限度額	250万円/年(会員1人当たり 1月～12月の入院分)
申請期限	事由発生後24ヵ月以内

【提出先】

- 在職中の方・・・会社の窓口部署にご提出下さい
支給決定通知書は会社経由で送付致します
- 任意継続被保険者の方・・・直接共済会事務局にご郵送下さい
〒461-0001

名古屋市東区泉一丁目23番36号 NBN泉ビル3階
トヨタ販売連合健康保険組合内 T・G特別医療共済会 宛

月末締切です
申請書が到着した
翌月20日に振込