共済会：差額ベッド補助金の申請

共済会常務理事	共済会事務局	各社・各部担当

□下記内容をご記入の上、他の証明書と一緒に共済事業給付申請書に添付ください。

※会員および配偶者が本人の希望で差額ベッドを利用する場合は、差額ベッド補助金給付の対象外となります。

申請者	社員No.	
	氏名	(印)
	所属	株式会社 部
	社員区分	社員
差額ベッド	利用の経緯	
	1日当たりの差額ベッド費用	円
	利用期間 ※入院15日目から最高180日間	(西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日
	利用日数 ※入院15日目から最高180日間	日

差額ベッド補助金

会員および配偶者が私傷病で入院加療のため、病院の都合によるやむを得ない事情で差額ベッドを利用するとき、次の差額ベッド補助金が給付されます。

区分	給付期間	給付金額
会員	差額ベッド利用 15日目から最高180日間	1日につき3,000円を限度に実費給付
配偶者		1日につき1,500円を限度に実費給付

添付証明書

- 差額ベッドを利用した領収書のコピー
(1日あたりの差額ベッド費用、および利用日数が確認できるもの)
- 医師の発行する診断書のコピー(入院期間が確認できるもの)(該当医師)
- 差額ベッド補助金の申請書(共済会ホームページからダウンロード)
- *申請者と配偶者の関係を確認できる戸籍謄本のコピー(配偶者が利用する場合のみ)(本籍地の市区町村役場)