

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

各社・各部の共済会窓口担当が押印の上、共済会に送付

□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.	〇〇〇〇〇〇〇〇	社員No.を記入
	氏名	〇〇 〇〇 (印)	氏名を記入と捺印
	所属	株式会社〇〇〇〇 〇〇〇〇部	会社名・部署名を記入
	社員区分	〇〇〇〇〇 社員	社員区分を記入
差額ベッド	利用の経緯	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した経緯を詳細に記入	
	1日当たりの差額ベッド費用	円	1日当たりの差額ベッド費用を記入
	利用期間 ※入院15日目から最高180日間	(西暦)〇〇〇〇年〇月〇日～(西暦)〇〇〇〇年〇月〇日	
	利用日数 ※入院15日目から最高180日間	日	差額ベッドを利用した日数を記入 (※入院15日目から最高180日間)

差額ベッドを利用した期間を記入(西暦)
(※入院15日目から最高180日間)

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	1日につき3,000円を限度に実費給付
配偶者	15日目から最高180日間	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)