

今回の請求例

◎平成 30 年 2 月 22 日～平成 30 年 2 月 27 日まで入院。

◎入院期間 6 日間のうち、付添期間は 2/22、2/24、2/25、2/26 の 4 日間。

- ・ 2 月 22 日→親族が付添。

- ・ 2 月 23 日→付添なし。

- ・ 2 月 24 日→12 : 00～18 : 00 まで付添をした後、

一度夕食に出て 20 : 00 から再度付添を開始。

- ・ 2 月 25 日→業者に付添を依頼。

- ・ 2 月 26 日→施設職員に時間外勤務中に付添を依頼。

- ・ 2 月 27 日→付添なし。

◎差額ベッド 5 日間利用（Bプラン契約者のため、同時請求）。

30年3月5日

給付金請求書(差額ベッド費用)

給付金を以下のとおり請求します。※請求できるのはBプラン契約者のみです

請求者 (保険契約者)	保険証券番号	○○○○○○		
	ふりがな	ながの たろう		
	氏名	長野 太郎	印	
	住所	○○○○○○○○○○		
振込先金融機関 (※)	銀行名	口座番号	口座名義	
	○○○ 銀行 ○○○ 支店	普通預金 ○○○○○○	フリガナ (ナガノ タロウ) 長野 太郎	
被保険者 (付添介護を受け られた方)	ふりがな	ながの はなこ		
	氏名	長野 花子		
	性別	男	女	○○ 歳
	生年月日	昭和 ○○年 ○○月 ○○日		
利用期間	30年 2月 22日から 30年 2月 27日まで (5日間)			
給付金額	※添付書類により当会が計算して算出いたします。			
内 訳	・差額ベット使用日数 5 日 ※1入院につき30日が限度です。1日の給付金額は3,000円が上限です。			
<p>上記の請求内容について事実に相違ないことを証明します。 また、差額ベットを利用した理由は次のとおりです。 (具体的に理由をご記入ください。)</p> <p>【記入例】</p> <p>知的障がいが高く、てんかんもあるため、24時間体制での 見守りが必要であった。</p> <p>30年3月2日</p> <p>支部名：○○○○○○ 支部長：○○ ○○ 印</p>				

(※) 給付金受取人は保険契約者または被保険者です。ただし、保険契約者が施設の管理者の場合は、被保険者となります。

- 添付書類 ① 医師(病院)による被保険者(保障を受けられる方)の入院期間および病名を証明する診断(証明)書
- ② 差額ベッド費用の支払いを行った旨の証明書、または領収書

事務局記入欄	請求書到着日	年 月 日	支払事由確認	利用日修等の確認
	給付金受取人確認		免責期間の有無	有 ・ 無
	給付金額	円	当該保険期間に対する既支払額	円
	支払日	年 月 日	支払通知発送日	年 月 日
	管理台帳登録	年 月 日	備考	