

## 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

給付金を以下のとおり請求します。

請求 (保険契約者)	保険証券番号	〇〇〇〇〇〇	契約プラン	A B	
	ふりがな	ながの たろう			
	氏名	長野 太郎	印		
	住所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
振込先金融機関 (※)	銀行名	〇〇〇 銀行	口座番号	口座名義	
	〇〇〇 支店	普通預金	〇〇〇〇〇〇	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	〇〇 歳		
	生年月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
付添介護期間	30年 2月 22日から 30年 2月 27日の入院期間のうち 4日間付添				
給付金額	※付添介護時間明細書により当会が計算して算出いたします。				
内 訳	親 族	昼間分	17 時間 分	夜間分	時間 30 分
	親族以外	昼間分	12 時間 分	夜間分	時間 分
<p>上記の請求内容について事実と相違ないことを証明します。  また、病院での付添介護を必要と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>知的障がいが高くコミュニケーションを取ることが困難であり、  付添者の協力が必須であった。</p> <p>30年3月2日</p> <p>支部名： 〇〇〇〇〇〇 支部長： 〇〇 〇〇 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 付添介護時間明細書 (指定様式があります)

② 医師 (病院) による被保険者の入院期間および病名を証明する診断 (証明) 書

③ 親族以外の者が付添介護した場合は、付添介護した会社 (者) が発行した領収書のコピー

事務局記入欄	請求書到着日	年 月 日	支払事由確認	付添時間等の確認	
	給付金受取人確認		免責期間の有無	有 ・ 無	
	給付金額内訳	親族昼間分	500円 × ( ) 時間 = ( ) 円		
		親族夜間分	600円 × ( ) 時間 = ( ) 円		
		親族以外昼間分	( ) 円 × ( ) 時間 = ( ) 円		
		親族以外夜間分	( ) 円 × ( ) 時間 = ( ) 円		
	給付金額合計	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			