事務局使用欄		
期　間	～　　日	
金　額	円	

事務局捺印欄		
常務理事	事 務 長	担 当 者

令和６年６月30日入院分以前の場合にご使用下さい

R6.3.1 更新

Ｔ・Ｇ特別医療共済会支給申請書　（差額ベッド料）

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直接医療機関へ問合せする場合があることを承知した上で申請します。

申請日：令和　　年　　月　　日

会員記入欄							
会員（本人）	保険証 記号-番号	記号		番号		事業所名	
	フリガナ / 氏　名					生年月日	昭　和 / 平　成　　年　　月　　日
	住　所	〒　　－				TEL　　（　　）	
入院者	フリガナ / 氏　名		続柄			生年月日	昭　和 / 平　成 / 令　和　　年　　月　　日
	傷病名	正常分娩等は補助対象外				病院	TEL　　（　　）
	原　因	一般傷病　・　その他（　交通事故・労働災害・通勤災害……補助対象外　）					
支払明細	差額ベッド料を負担した期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日（　　日間）					
	差額ベッド料の金額(消費税込)	1 日あたり　　円×　　日＝　　負担ない場合補助対象外					
内容	申請区分 ☑をつけて下さい	□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】					
	理　由　1～3に○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 / 銀 行 名	銀行 / 信用金庫	銀行コード		フリガナ / 支店名		本店 / 支店 / 出張所　支店番号
	口座番号				フリガナ		
	口座種別	普通・当座・貯蓄	口座名義人				

※振込先：口座名義が「会員」「入院者」「健康保険被扶養者」の方の口座をご記入ください。
※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。

●計算明細

事務局使用欄							
取　得		喪　失		送付先	事業所　・　自宅		
病院支払額	円　明細添付：あり　・　なし			期　間	月	日　額 上限該当	上限超・上限以内
計算式	円/日×80%＝　　円（1日当たり）			円×　　日＝　　円（10円未満切上、上限10,800円/日）			

保険診療（健康保険）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。（ただし、分娩（帝王切開等）で全室室料が必要な医療機関（完全個室等）に入院した場合は適用外）

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
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 必須 （「差額ベッド料」欄等に金額の記載があるもの）
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）

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」等の欄に金額が記載されていますか？

分娩に伴う入院の場合

☐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	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）
補助上限額	会員１人当たり※**10,800円/日**（１０円未満切上）
補助期間	会員･･･※２年６ヵ月、被扶養者･･･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、同一傷病が継続する限り、給付発生期間を通算します 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カ月 〃　１６日以上の月・・・１カ月
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

【支給されない場合】
・「差額ベッド料」以外の費用
・健康保険法の適用とならない診察に起因する場合
（例：労働災害・通勤災害・正常分娩、美容整形など）
・異常分娩（帝王切開等）で、全室差額ベッド料が必要な医療機関に入院した場合
・傷病の原因が次の場合
①第三者行為による場合
②故意又は重過失による場合
③天災事変による場合
・他から給付を受けた場合

【提出先】

●在職中の方 … 会社の窓口部署にご提出下さい
●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
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

＜より多くの方から申請いただけるよう、支給要件・補助率等を次の通り見直しします＞

	現　状(令和6年6月30日入院分まで)	変更後(令和6年7月1日入院分以後)
支給要件	保険診療での入院で、次に該当する場合 (分娩で全室差額ベッド料を必要とする医療機関は適用外) ①室料差額が不要な部屋が空いていない ②病状により医師に推奨された ③その他やむを得ない場合	**保険診療での入院の場合** **(分娩で全室差額ベッド料を必要とする医療機関は適用外)**
補助率	支払った差額ベッド料の80%	支払った差額ベッド料の**50%** (収支状況により2年に一度見直す)
補助上限額	上限　10，800円/日	上限　**10，000円/日**
補助期間	本人2年6か月、家族1年6か月	本人**1年6か月**、家族1年6か月

（事例：6/30 から 7/1 の 2 日間入院の場合：補助率は 6/30 は 80%、7/1 は 50%となります）