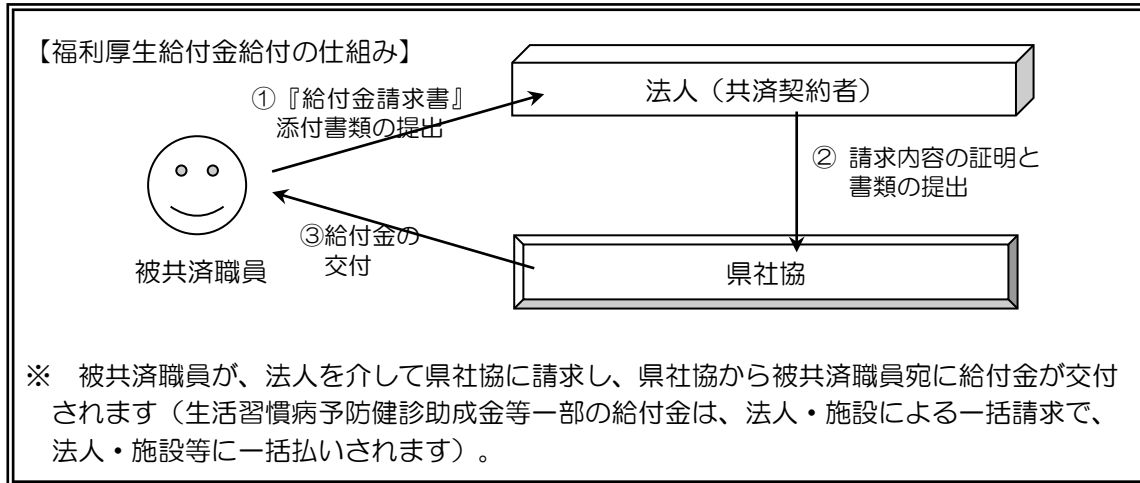


## I 手続きの流れ、給付金の種類

※給付金の請求可能期間は、支給事由発生日から5年間です。

### 1 手続きの流れ



### 2 福利厚生給付金の種類

以下の15種類の給付金があります。

1. 死亡弔慰金（58頁）
2. 傷病見舞金（60頁）
3. 結婚祝金（64頁）
4. 災害見舞金（66頁）
5. 出産祝金（68頁）
6. 入学祝金（70頁）
7. 長期勤続者慰労金（72頁）
8. 退職慰労金（74頁）
- 8-2. 特例退職慰労金（74頁）
9. 障害厚生年金見舞金（76頁）
10. 付添看護料補給金（78頁）
11. 遺児育英資金（80頁）
12. 厚生保養費（82頁）
13. 生活習慣病予防健診助成金（84頁）
14. レクリエーション事業助成金（88頁）

#### 【全般的な注意事項】

※ 給付金請求書は、**給付金の種類ごとに作成**してください。但し、**退職慰労金と特例退職慰労金は、1枚にまとめて同時に請求**してください。また、同じ種類の給付金でも、**年度が異なる場合は、別々に作成**してください。

※ 給付事由発生日時点で被共済職員であれば、退職後も請求可能です。**（時効5年）**

※ 振込先通帳の表紙裏面のコピー（名義が全て記入されていない場合は表面も）を必ず添付してください。

### 3 書類の作成

#### (1) 死亡弔慰金

被共済職員又はその配偶者若しくは被扶養者が死亡した場合に請求できます。

《作成例》被共済職員が死亡した場合

別記第4号様式の2		給付金請求書		(a) R2年 4月 15日		
社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会長 様						
〒 * * * * - * * * *						
請求者住所 ○○市○○町○○						
(b) 氏 名 群馬 花子 <span style="float: right;">(群馬) ㊟</span>						
次のとおり給付金を請求します。						
契約者番号	1234-05	施設等名	××デーサービスセンター			
職員番号	(c) 0035	被共済職員氏名	群馬 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
共済加入年月日	H18年 4月 1日		給付事由発生年月日	(d) R2年 4月 6日		
給付金の種類 <small>該当番号にチェック( )内の該当事項を○で囲む</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 死亡弔慰金(本人・配偶者・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8. 退職慰労金( 年)			
	<input type="checkbox"/> 2. 傷病見舞金(本人・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8-2. 特例退職慰労金( 年) ※平成25年3月31日までの被共済職員期間			
	入院日数 <input type="text"/> 日 年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 9. 障害厚生年金見舞金(1級・2級)			
	<input type="checkbox"/> 3. 結婚祝金		<input type="checkbox"/> 10. 付添看護料補給金(本人・被扶養者) 給付対象日数 <input type="text"/> 日分 年 月 日から 年 月 日まで			
	<input type="checkbox"/> 4. 災害見舞金(全焼全壊・半焼半壊・未済)		<input type="checkbox"/> 11. 遺児育英資金 <input type="text"/> 人分			
	<input type="checkbox"/> 5. 出産祝金(本人・配偶者)		<input type="checkbox"/> 12. 厚生保養費 <input type="text"/> 人分			
	<input type="checkbox"/> 6. 入学祝金(小学校・中学校・高校)		<input type="checkbox"/> 13. 生活習慣病予防健診助成金 <input type="text"/> 人分			
	<input type="checkbox"/> 7. 長期勤続者慰労金(10年・20年・30年)		<input type="checkbox"/> 14. レクリエーション事業助成金 <input type="text"/> 人分			
	金額	金 3 0 0 0 0 0 0 円				
	振込先金融機関	金融機関コード	店番号	△△ (銀行・信用金庫) △△ 本店(支店)		
0 6 7 8 0 0 2			信用組合・農業協同組合 支所・出張所			
口座番号		預金種類	口座名義(カタカナで記入してください)			
0 0 0 0 9 1 1		普通	ゲンマ ハナコ			
上記のとおり相違ないことを証明する。						
令和 2年 4月 15日						
(g) 法人名 社会福祉法人 群馬会						
代表者氏名 理事長 利根 一郎 <span style="float: right;">法人の代表者の印 ㊟</span>						

- (a) 請求書を作成する日を記入します。
- (b) 法人の証明欄以外は、請求者(遺族又は被共済職員)にて作成してください。 Q9 参照
- (c) 契約者番号、施設等名、職員番号、共済加入年月日は、掛金台帳でご確認ください。
- (d) 「給付事由発生年月日」には、**死亡日**を記入します。
- (e) 「給付金の種類」は、「1. 死亡弔慰金」にチェックし、該当する事項に○を付けます。
- (f) 「振込先金融機関」には、請求者名義の金融機関口座を記入します。
- (g) 共済契約者(法人)において請求内容に誤りがないことを確認した上で、記名・押印してください。

① 被共済職員が死亡した場合（死亡した被共済職員の遺族が請求）

給付金額	300,000 円
添付書類	<p>ア 被共済職員の死亡日が確認できる書類 例) 戸籍謄本(写)、死亡診断書(写)</p> <p>イ 被共済職員と請求者との続柄が分かる書類 例) 戸籍謄本(写)</p> <p>ウ 生計維持関係のある子らが請求する場合は、扶養されていたことが分かる書類 例) 源泉徴収票(写)、健康保険被扶養者異動届(資格喪失届)(写)</p> <p>エ 振込先通帳の表紙の裏面のコピー</p>
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>被共済職員の遺族が自己の名で請求します。</li> <li>一定の要件を満たせば、退職慰労金も請求できます。</li> <li>死亡時に、被共済職員が 18 歳未満の子を扶養していた場合は、遺児育英資金も請求できます。</li> </ul>

② 被共済職員の配偶者（被共済職員である配偶者を除く）が死亡した場合

給付金額	100,000 円
添付書類	<p>ア 被共済職員の配偶者の死亡日が確認できる書類 例) 戸籍謄本(写)、死亡診断書(写)</p> <p>イ 被共済職員の配偶者であることが分かる書類 例) 戸籍謄本(写)、源泉徴収票(写)</p> <p>ウ 振込先通帳の表紙の裏面のコピー</p>

③ 被共済職員の被扶養者（配偶者を除く）が死亡した場合

給付金額	20,000 円
添付書類	<p>ア 死亡した者及び死亡日が確認できる書類 例) 戸籍謄本(写)、死亡診断書(写)</p> <p>イ 扶養していたことが分かる書類 例) 源泉徴収票(写)、健康保険被扶養者異動届(資格喪失届)(写)</p> <p>ウ 振込先通帳の表紙の裏面のコピー</p>

**(2) 傷病見舞金**

被共済職員又はその被扶養者が傷病により医療機関へ継続して10日以上入院した場合に請求できます。

《作成例》被共済職員が入院した場合

別記第4号様式の2		<b>給付金請求書</b>		(a) R2年 4月 15日	
社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会長 様					
〒 * * * * - * * * * *					
請求者住所 ○○市○○町○○					
(b) 氏 名 群馬 太郎				群馬 ⑧	
次のとおり給付金を請求します。					
契約者番号	1234-05	施設等名	××デーサービスセンター		
職員番号	0035	被共済職員氏名	群馬 太郎	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
共済加入年月日	H18年 4月 1日		給付事由発生年月日	(d) R1年 12月 15日	
給付金の種類 <small>該当番号にチェック( )内の該当事項を○で囲む</small>	<input type="checkbox"/> 1. 死亡弔慰金(本人・配偶者・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8. 退職慰労金( 年)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 傷病見舞金(本人・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8-2. 特例退職慰労金( 年) ※平成25年3月31日までの被共済職員期間		
	(f) 入院日数 117 日 R1年12月15日からR2年4月9日まで		<input type="checkbox"/> 9. 障害厚生年金見舞金(1級・2級)		
	<input type="checkbox"/> 3. 結婚祝金		<input type="checkbox"/> 10. 付添看護料補給金(本人・被扶養者)		
	<input type="checkbox"/> 4. 災害見舞金(全焼全壊・半焼半壊・未済)		給付対象日数 日分 年 月 日から 年 月 日まで		
	<input type="checkbox"/> 5. 出産祝金(本人・配偶者)		<input type="checkbox"/> 11. 遺児育英資金 <input type="text"/> 人分		
	<input type="checkbox"/> 6. 入学祝金(小学校・中学校・高校)		<input type="checkbox"/> 12. 厚生保養費 <input type="text"/> 人分		
	<input type="checkbox"/> 7. 長期勤続者慰労金(10年・20年・30年)		<input type="checkbox"/> 13. 生活習慣病予防健診助成金 <input type="text"/> 人分		
			<input type="checkbox"/> 14. レクリエーション事業助成金 <input type="text"/> 人分		
	金額	金 7 3 5 0 0 円			
	(g) 振込先金融機関	金融機関コード	店番号	銀行・信用金庫 本店(支店)	
		0 6 7 8 0 0 2		△△	△△
		口座番号		預金種類	口座名義(カタカナで記入してください)
		0 0 0 0 3 4 5	普通	ゲンマ タロウ	
上記のとおり相違ないことを証明する。					
令和 2年 4月 15日					
(h) 法人名 社会福祉法人 群馬会		法人の代表者の印			
代表者氏名 理事長 利根 一郎		印			

- (a) 請求書を作成する日を記入します。
- (b) 法人の証明欄以外は、請求者(被共済職員)にて作成してください。
- (c) 契約者番号、施設等名、職員番号、共済加入年月日は、掛金台帳でご確認ください。
- (d) 「給付事由発生年月日」には、**請求の対象となる入院の初日**を記入します。
- (e) 「給付金の種類」は、「2. 傷病見舞金」にチェックし、該当する事項に○を付けます。
- (f) 「入院日数」は、**請求する日数**を記入し、対象となる入院の初日と末日を記入します。
- (g) 「振込先金融機関」には、請求者名義の金融機関口座を記入します。
- (h) 共済契約者(法人)において請求内容に誤りがないことを確認した上で、記名・押印してください。

※ 入院が断続的な場合は、1年分をまとめて請求することも可能です。

① 被共済職員が入院した場合

給付金額	対象となる期間のうち、初日から30日目まで 1,000円/日 対象となる期間のうち、31日目から180日目まで 500円/日 ※ 対象となる期間とは、支給の対象となる入院を開始した日から1年間をいいます。
添付書類	ア 医療機関が発行したもので、被共済職員の氏名、入院期間が分かる書類 例) 入院証明書(写)、領収証(写)、健康保険傷病手当金支給申請書(写) イ 振込先通帳の表紙の裏面のコピー

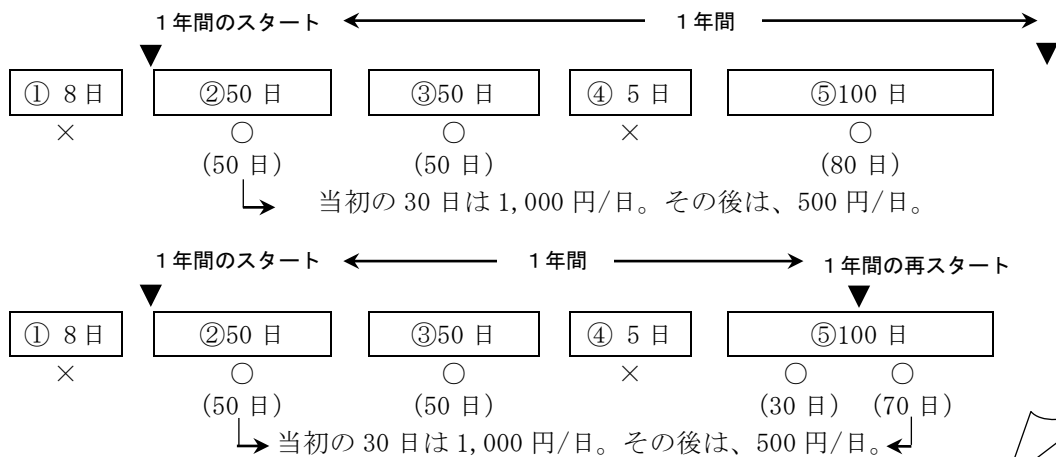
② 被共済職員の被扶養者が入院した場合

給付金額	対象となる期間のうち、初日から30日目まで 1,000円/日 対象となる期間のうち、31日目から50日目まで 500円/日 ※ 対象となる期間とは、支給の対象となる入院を開始した日から1年間をいいます。
添付書類	ア 医療機関が発行したもので、入院した被扶養者の氏名、入院期間が分かる書類 例) 入院証明書(写)、領収証(写)、健康保険傷病手当金支給申請書(写) イ 扶養していることが分かる書類 例) 被扶養者の保険証(写)、源泉徴収票(写) ウ 振込先通帳の表紙の裏面のコピー

Q 傷病見舞金について、被共済職員本人が、①8日、②50日、③50日、④5日、⑤100日と断続的に入退院を繰り返している場合、請求はどのようになるのか。

A まず、継続して10日以上入院したものが対象になりますので、①と④は対象から除かれます。次に、支給の対象となる入院を開始した日(②の初日)から1年間のうちに⑤までが収まっている場合は、対象となるのは、②50日、③50日、⑤80日となり(⑤のうち20日分は限度日数(180日)を超えますので対象となりません)、②のうち30日分は日額1,000円、それ以後は日額500円で計算されます。

一方、⑤の途中で、②の初日から1年となる場合は、その翌日から新たな期間が始まるものとし、継続して10日以上入院の計算もこの日から改めて始めるものとします。



Q A病院に7日間入院した後、そのままB病院に転院となり8日間入院したが、傷病見舞金は請求できるか。

A できます。傷病見舞金は「傷病により医療機関へ継続して10日以上入院した場合」に支給対象となりますが、ここでいう「医療機関」は同一のものでなくても構いません。

なお、問いのA病院での入院期間とB病院での入院期間に1日でも入院していない期間がある場合は、それぞれで10日以上あるか否かを判断します。

**(3) 結婚祝金**

被共済職員が結婚した場合に請求できます。

≪作成例≫被共済職員が結婚した場合

別記第4号様式の2		<b>給付金請求書</b>		(a) R2年 4月 15日	
社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会長 様					
〒 * * * * - * * * * *					
(b) 請求者住所 ○○市○○町○○					
氏 名 群馬 太郎 <span style="float: right;">群馬 印</span>					
次のとおり給付金を請求します。					
契約者番号	1234-05	施設等名	××デーサービスセンター		
職員番号	(c) 0035	被共済職員氏名	群馬 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
共済加入年月日	H18年 4月 1日		給付事由発生年月日	(d) R2年 4月 6日	
給付金の種類 <small>該当番号にチェック( )内の該当事項を○で囲む</small>	<input type="checkbox"/> 1. 死亡弔慰金(本人・配偶者・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8. 退職慰労金( 年)		
	<input type="checkbox"/> 2. 傷病見舞金(本人・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8-2. 特例退職慰労金( 年) ※平成25年3月31日までの被共済職員期間		
	入院日数 <input type="text"/> 日 年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 9. 障害厚生年金見舞金(1級・2級)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 3. 結婚祝金 (e)		<input type="checkbox"/> 10. 付添看護料補給金(本人・被扶養者)		
	<input type="checkbox"/> 4. 災害見舞金(全焼全壊・半焼半壊・未済)		給付対象日数 <input type="text"/> 日分 年 月 日から 年 月 日まで		
	<input type="checkbox"/> 5. 出産祝金(本人・配偶者)		<input type="checkbox"/> 11. 遺児育英資金 <input type="text"/> 人分		
	<input type="checkbox"/> 6. 入学祝金(小学校・中学校・高校)		<input type="checkbox"/> 12. 厚生保養費 <input type="text"/> 人分		
	<input type="checkbox"/> 7. 長期勤続者慰労金(10年・20年・30年)		<input type="checkbox"/> 13. 生活習慣病予防健診助成金 <input type="text"/> 人分		
			<input type="checkbox"/> 14. レクリエーション事業助成金 <input type="text"/> 人分		
	金額	金 3 0 0 0 0 円			
	(f) 振込先金融機関	金融機関コード	店番号	△△ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">銀行</span> ・信用金庫 △△ 本店 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">支店</span>	
		0 6 7 8 0 0 2		信用組合・農業協同組合 支所・出張所	
		口座番号		預金種類	口座名義(カタカナで記入してください)
	0 0 0 0 3 4 5		普通	群馬 タロウ	
上記のとおり相違ないことを証明する。					
令和 2年 4月 15日					
(g) 法人名 社会福祉法人 群馬会					
代表者氏名 理事長 利根 一郎 <span style="float: right;">法人の代表者の印</span>					

- (a) 請求書を作成する日を記入します。
- (b) 法人の証明欄以外は、請求者(被共済職員)にて作成してください。
- (c) 契約者番号、施設等名、職員番号、共済加入年月日は、掛金台帳でご確認ください。
- (d) 「給付事由発生年月日」には、**戸籍上の婚姻日**を記入します。
- (e) 「給付金の種類」は、「3. 結婚祝金」にチェックを付けます。
- (f) 「振込先金融機関」には、請求者名義の金融機関口座を記入します。
- (g) 共済契約者(法人)において請求内容に誤りがないことを確認した上で、記名・押印してください。

給付金額	30,000 円
添付書類	ア 被共済職員の氏名及び婚姻日が分かる書類 例) 戸籍抄本(写)、婚姻届受理証明書(写) イ 振込先通帳の表紙の裏面のコピー
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ともに被共済職員である場合は、それぞれにおいて請求できます。</li> <li>・ 改性がある場合は、<b><u>口座名義変更をした後に請求</u></b>してください。</li> <li>・ 改姓がある場合は、併せて異動報告書(5.氏名変更)も提出してください。</li> <li>・ 住民票では婚姻日の確認ができないため、受理できません。</li> </ul>

Q 先月結婚(入籍)した人を加入させるが、結婚祝金が出るか。

A 婚姻日において被共済職員でない場合には、請求できません。



**(4) 災害見舞金**

被共済職員の住居が火災や自然災害（地震を除く）により被災した場合に請求できません。

《作成例》被共済職員の住居が全焼した場合

別記第4号様式の2		<b>給付金請求書</b>		(a) R2年 4月 15日	
社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会長 様					
〒 * * * * - * * * *					
請求者住所 ○○市○○町○○					
(b) 氏 名 群馬 太郎 <span style="float: right;">群馬 印</span>					
次のとおり給付金を請求します。					
契約者番号	1234-05	施設等名	××デーサービスセンター		
職員番号	(c) 0035	被共済職員氏名	群馬 太郎	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
共済加入年月日	H18年 4月 1日		給付事由発生年月日	(d) R2年 4月 6日	
給付金の種類 <small>該当番号にチェック( )内の該当事項を○で囲む</small>	<input type="checkbox"/> 1. 死亡弔慰金(本人・配偶者・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8. 退職慰労金( 年)		
	<input type="checkbox"/> 2. 傷病見舞金(本人・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8-2. 特例退職慰労金( 年) ※平成25年3月31日までの被共済職員期間		
	入院日数 <input type="text"/> 日 年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 9. 障害厚生年金見舞金(1級・2級)		
	<input type="checkbox"/> 3. 結婚祝金		<input type="checkbox"/> 10. 付添看護料補給金(本人・被扶養者)		
	(e) <input checked="" type="checkbox"/> 4. 災害見舞金(全焼全壊・半焼半壊・未済)		<input type="checkbox"/> 11. 遺児育英資金 <input type="text"/> 人分		
	<input type="checkbox"/> 5. 出産祝金(本人・配偶者)		<input type="checkbox"/> 12. 厚生保養費 <input type="text"/> 人分		
	<input type="checkbox"/> 6. 入学祝金(小学校・中学校・高校)		<input type="checkbox"/> 13. 生活習慣病予防健診助成金 <input type="text"/> 人分		
	<input type="checkbox"/> 7. 長期勤続者慰労金(10年・20年・30年)		<input type="checkbox"/> 14. レクリエーション事業助成金 <input type="text"/> 人分		
	金額		金 2 0 0 0 0 0 0 円		
	(f) 振込先金融機関	金融機関コード	店番号	銀行・信用金庫	本店(支店)
0 6 7 8 0 0 2			信用組合・農業協同組合	支所・出張所	
口座番号		預金種類	口座名義(カタカナで記入してください)		
0 0 0 0	3 4 5	普通	グンマ タロウ		
上記のとおり相違ないことを証明する。					
令和 2年 4月 15日					
(g) 法人名 社会福祉法人 群馬会					
代表者氏名 理事長 利根 一郎 <span style="float: right;">法人の代表者の印</span>					

- (a) 請求書を作成する日を記入します。
- (b) 法人の証明欄以外は、請求者（被共済職員）にて作成してください。
- (c) 契約者番号、施設等名、職員番号、共済加入年月日は、掛金台帳でご確認ください。
- (d) 「給付事由発生年月日」には、**被災日**を記入します。
- (e) 「給付金の種類」は、「4. 災害見舞金」にチェックし、該当する事項に○を付けます。
- (f) 「振込先金融機関」は、請求者名義の金融機関口座を記入します。
- (g) 共済契約者（法人）において請求内容に誤りがないことを確認した上で、記名・押印してください。

① 全焼又は全壊の場合

給付金額	200,000 円
添付書類	<p>ア 被災日、被災住居が被共済職員の住居であること及び被災の程度が分かる書類 例) 市町村又は消防署が発行する罹災証明書(写)、火災保険の保険金支払いがわかる書類(写)</p> <p>イ 証明される者が被共済職員でない場合は、被共済職員が当該住居に居住していたことが分かる書類 例) 住民票(写)、公共料金の請求書(写)</p> <p>ウ 振込先通帳の表紙の裏面のコピー</p>

② 半焼又は半壊の場合

給付金額	100,000 円
添付書類	<p>ア 被災日、被災住居が被共済職員の住居であること及び被災の程度が分かる書類 例) 市町村又は消防署が発行する罹災証明書(写)、火災保険の保険金支払いがわかる書類(写)</p> <p>イ 証明される者が被共済職員でない場合は、被共済職員が当該住居に居住していたことが分かる書類 例) 住民票(写)、公共料金の請求書(写)</p> <p>ウ 振込先通帳の表紙の裏面のコピー</p>

③ 半焼又は半壊未満の場合(平成27年1月1日から適用) ※雪害含む

給付金額	10,000 円
添付書類	<p>ア 被共済職員の住居が被災したことが分かる書類 例) 市町村又は消防署が発行する罹災証明書(写)、被災個所の写真、火災保険の保険金支払いがわかる書類(写)</p> <p>イ 被共済職員が当該住居に居住していたことが分かる書類 例) 住民票(写)、公共料金の請求書(写)</p> <p>ウ 振込先通帳の表紙の裏面のコピー</p>

注意事項	<p>※ ①又は②を請求する場合、③は請求できません。</p> <p>※ 車庫や物置、賃貸住宅は対象になりません。</p>
------	---

(5) 出産祝金

被共済職員又はその配偶者が出産した場合に請求できます。

≪作成例≫被共済職員の配偶者が出産した場合

別記第4号様式の2		<b>給付金請求書</b>		(a) R2年 4月 15日			
社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会長 様							
〒 * * * * - * * * * *							
(b) 請求者住所 ○○市○○町○○							
氏 名 群馬 太郎 <span style="float: right;">(群馬)印</span>							
次のとおり給付金を請求します。							
契約者番号	1234-05	施設等名	××デーサービスセンター				
職員番号	(c) 0035	被共済職員氏名	群馬 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
共済加入年月日	H18年 4月 1日		給付事由発生年月日	(d) R2年 4月 6日			
給付金の種類 <small>該当番号にチェック( )内の該当事項を○で囲む</small>	<input type="checkbox"/> 1. 死亡弔慰金(本人・配偶者・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8. 退職慰労金( 年)				
	<input type="checkbox"/> 2. 傷病見舞金(本人・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8-2. 特例退職慰労金( 年) ※平成25年3月31日までの被共済職員期間				
	入院日数 _____ 日 年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 9. 障害厚生年金見舞金(1級・2級)				
	<input type="checkbox"/> 3. 結婚祝金		<input type="checkbox"/> 10. 付添看護料補給金(本人・被扶養者) 給付対象日数 _____ 日分 年 月 日から 年 月 日まで				
	<input type="checkbox"/> 4. 災害見舞金(全焼全壊・半焼半壊・未済)		<input type="checkbox"/> 11. 遺児育英資金 _____ 人分				
	<input checked="" type="checkbox"/> 5. 出産祝金(本人・配偶者) (e)		<input type="checkbox"/> 12. 厚生保養費 _____ 人分				
	<input type="checkbox"/> 6. 入学祝金(小学校・中学校・高校)		<input type="checkbox"/> 13. 生活習慣病予防健診助成金 _____ 人分				
	<input type="checkbox"/> 7. 長期勤続者慰労金(10年・20年・30年)		<input type="checkbox"/> 14. レクリエーション事業助成金 _____ 人分				
	金額	金		2 5 0 0 0 円			
	(f) 振込先金融機関	金融機関コード	店番号	△△ (銀行)・信用金庫		本店(支店)	
		0 6 7 8 0 0 2		信用組合・農業協同組合		支所・出張所	
		口座番号		預金種類	口座名義 (カタカナで記入してください)		
		0 0 0 0 3 4 5	普通	群馬 タロウ			
	上記のとおり相違ないことを証明する。						
令和 2年 4月 15日							
(g) 法人名		社会福祉法人 群馬会					
団体名		社会福祉法人 群馬会					
代表者氏名		理事長 利根 一郎		法人の代表者の印 (印)			

- (a) 請求書を作成する日を記入します。
- (b) 法人の証明欄以外は、請求者（被共済職員）にて作成してください。
- (c) 契約者番号、施設等名、職員番号、共済加入年月日は、掛金台帳でご確認ください。
- (d) 「給付事由発生年月日」には、**出産日**を記入します。
- (e) 「給付金の種類」は、「5. 出産祝金」にチェックし、該当する事項に○を付けます。
- (f) 「振込先金融機関」には、請求者名義の金融機関口座を記入します。
- (g) 共済契約者（法人）において請求内容に誤りがないことを確認した上で、記名・押印してください。

① 被共済職員が出産した場合

給付金額	子1人につき 25,000 円
添付書類	ア 出産日、出産者の氏名及び子の氏名が分かる書類 例) 母子手帳の「出生届出済証明書」のページ(写)、子の戸籍抄本(写)、健康保険の出産育児一時金請求書(写) イ 振込先通帳の表紙の裏面のコピー
注意事項	・母子手帳の「出生届出済証明書」のページ(写)を添付する場合は、保護者欄の記載があるものを提出してください。

② 被共済職員の配偶者が出産した場合

給付金額	子1人につき 25,000 円
添付書類	ア 出産日、出産者の氏名及び子の氏名が分かる書類 例) 母子手帳の「出生届出済証明書」のページ(写)、子の戸籍抄本(写)、健康保険の出産育児一時金請求書(写) イ 出産者と被共済職員の続柄が分かる書類 例) 子の戸籍抄本(写)、世帯全員の住民票(写) ウ 振込先通帳の表紙の裏面のコピー
注意事項	・ともに被共済職員の場合は、どちらか一方のみの請求となります。 ・母子手帳の「出生届出済証明書」のページ(写)を添付する場合は、保護者欄の記載があるものを提出してください。

Q 出産祝金について、死産や流産の場合は請求できるか。

A 請求は、生産の場合に限ります。従って、出産後間もなくして死亡した場合は請求できません。併せて、被扶養者の死亡に対する死亡弔慰金も請求できます。なお、死産や流産の場合は、死亡弔慰金も請求できません。

**(6) 入学祝金**

被共済職員の子（実子、養子不問）が小学校、中学校又は高等学校に入学した場合に請求できます。

《作成例》子が中学校（第2子）と高校（第1子）に入学した場合

別記第4号様式の2		給付金請求書		(a) R2年 4月 15日	
社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会長 様					
〒 * * * - * * * *					
(b) 請求者住所 ○○市○○町○○					
氏 名 群馬 太郎 <span style="float: right;">群馬 印</span>					
次のとおり給付金を請求します。					
契約者番号	1234-05	施設等名	××デーサービスセンター		
職員番号	(c) 0035	被共済職員氏名	群馬 太郎	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
共済加入年月日	H18年 4月 1日		給付事由発生年月日	(d) R2年 4月 6日、10日	
給付金の種類 <small>該当番号にチェック( )内の該当事項を○で囲む</small>	<input type="checkbox"/> 1. 死亡弔慰金(本人・配偶者・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8. 退職慰労金( 年)		
	<input type="checkbox"/> 2. 傷病見舞金(本人・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8-2. 特例退職慰労金( 年) ※平成25年3月31日までの被共済職員期間		
	入院日数 <input type="text"/> 日 年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 9. 障害厚生年金見舞金(1級・2級)		
	<input type="checkbox"/> 3. 結婚祝金		<input type="checkbox"/> 10. 付添看護料補給金(本人・被扶養者)		
	<input type="checkbox"/> 4. 災害見舞金(全焼全壊・半焼半壊・未済)		給付対象日数 <input type="text"/> 日分 年 月 日から 年 月 日まで		
	<input type="checkbox"/> 5. 出産祝金(本人・配偶者)		<input type="checkbox"/> 11. 遺児育英資金 <input type="text"/> 人分		
	<input checked="" type="checkbox"/> 6. 入学祝金(小学校・ <u>中学校</u> ・ <u>高校</u> (e))		<input type="checkbox"/> 12. 厚生保養費 <input type="text"/> 人分		
	<input type="checkbox"/> 7. 長期勤続者慰労金(10年・20年・30年)		<input type="checkbox"/> 13. 生活習慣病予防健診助成金 <input type="text"/> 人分		
			<input type="checkbox"/> 14. レクリエーション事業助成金 <input type="text"/> 人分		
	金額	金 1 8 0 0 0 円			
(f) 振込先金融機関	金融機関コード	店番号	銀行・信用金庫 <input type="text"/> 本店 <input type="text"/> 支店		
	0 6 7 8 0 0 2		信用組合・農業協同組合 支所・出張所		
	口座番号		預金種類	口座名義(カタカナで記入してください)	
0 0 0 0 3 4 5		普通	群馬 タロウ		
上記のとおり相違ないことを証明する。					
令和 2年 4月 15日					
(g) 法人名		社会福祉法人 群馬会		法人の代表者の印 <input type="text"/>	
団体名		理事長 利根 一郎			
代表者氏名		理事長 利根 一郎			

- (a) 請求書を作成する日を記入します。
- (b) 法人の証明欄以外は、請求者（被共済職員）にて作成してください。
- (c) 契約者番号、施設等名、職員番号、共済加入年月日は、掛金台帳でご確認ください。
- (d) 「給付事由発生年月日」には、**入学式の日**を記入します。
- (e) 「給付金の種類」は、「6. 入学祝金」にチェックし、該当する事項に○を付けます。
- (f) 「振込先金融機関」は、請求者名義の金融機関口座を記入します。
- (g) 共済契約者（法人）において請求内容に誤りがないことを確認した上で、記名・押印してください。

※ 作成例のように同じ年に複数のお子さんが入学する場合は、まとめて請求できます

① 小学校及び中学校に入学した場合

給付金額	8,000 円
添付書類	ア 被共済職員の氏名、子の氏名及び生年月日が記載されており、親子関係が分かる書類 例) 住民票(写)、母子手帳の「出生届出済証明書」のページ(写)、子の保険証(写) ※被共済職員が扶養している場合 イ 振込先通帳の表紙の裏面のコピー
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 両親ともに被共済職員の場合は、その子の扶養者である被共済職員において請求してください。</li> <li>・ 中学校には、小中一貫校における前期中等教育も含まれます。</li> </ul>

② 高等学校に入学した場合

給付金額	10,000 円
添付書類	ア 被共済職員の氏名、子の氏名及び生年月日が記載されており、親子関係が分かる書類 例) 住民票(写)、母子手帳の「出生届出済証明書」のページ(写)、子の保険証(写) ※被共済職員が扶養している場合 イ 子が在学していることが分かる書類 例) 在学証明書(写)、生徒手帳(写) ウ 振込先通帳の表紙の裏面のコピー
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 両親ともに被共済職員の場合は、その子の扶養者である被共済職員において請求してください。</li> <li>・ 中高一貫校における後期中等教育も含まれます。</li> <li>・ 合格通知書は添付書類として認められません。</li> </ul>

Q 今年、子どもが高等学校に入学したため、入学祝金（高等学校）の請求をしたが、その子が中学校に入学した時の入学祝金の請求が漏れていた。今から中学校入学分も請求できるのか。

A 給付事由発生日（中学校の入学式の日）に請求者が被共済職員であったのであれば請求は可能です。福利厚生給付金の請求可能期間は、給付事由発生日から5年間です。  
なお、添付書類は卒業証書（写）でも構いません。

Q 入学祝金の請求について、高等学校入学と中学校入学の両方が該当する場合、請求書はまとめてもいいか。

A 同じ種類の資金を請求する場合は、請求書を1枚にまとめて、例えば高等学校と中学校の両方を○で囲み、請求しても問題ありません。この場合振込先は同一のものとします。  
ただし、入学年度が異なる場合は別々に請求して下さい。

Q 入学祝金の対象となる子の口座を給付金の振込先に指定することはできるか。

A 給付金の交付は、**請求者名義の口座への振込み**によって行っていますので、お子様名義の口座への振込みには対応していません。

(7) 長期勤続者慰労金

被共済職員期間（在籍期間）が通算して10年、20年又は30年に達した場合に請求できます。

《作成例》通算して在籍10年に達した場合

別記第4号様式の2		<b>給付金請求書</b>		(a) R2年 4月 5日
社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会 様				
〒 * * * - * * * *				
(b) 請求者住所 ○○市○○町○○				
氏 名 群馬 太郎 <span style="float: right;">(群馬)</span>				
次のとおり給付金を請求します。				
契約者番号	1234-05	施設等名	××デューサービスセンター	
職員番号	(c) 0035	被共済職員氏名	群馬 太郎	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
共済加入年月日	H22年 4月 1日		給付事由発生年月日	(d) R2年 3月 31日
給付金の種類 <small>該当番号にチェック( )内の該当事項を○で囲む</small>	<input type="checkbox"/> 1. 死亡弔慰金(本人・配偶者・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8. 退職慰労金( 年)	
	<input type="checkbox"/> 2. 傷病見舞金(本人・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8-2. 特例退職慰労金( 年) ※平成25年3月31日までの被共済職員期間	
	入院日数 <input type="text"/> 日 年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 9. 障害厚生年金見舞金(1級・2級)	
	<input type="checkbox"/> 3. 結婚祝金		<input type="checkbox"/> 10. 付添看護料補給金(本人・被扶養者)	
	<input type="checkbox"/> 4. 災害見舞金(全焼全壊・半焼半壊・未済)		給付対象日数 <input type="text"/> 日分 年 月 日から 年 月 日まで	
	<input type="checkbox"/> 5. 出産祝金(本人・配偶者)		<input type="checkbox"/> 11. 遺児育英資金 <input type="text"/> 人分	
	<input type="checkbox"/> 6. 入学祝金(小学校・中学校・高校)		<input type="checkbox"/> 12. 厚生保養費 <input type="text"/> 人分	
(e) <input checked="" type="checkbox"/> 7. 長期勤続者慰労金(10年・20年・30年)	<input type="checkbox"/> 13. 生活習慣病予防健診助成金 <input type="text"/> 人分		<input type="checkbox"/> 14. レクリエーション事業助成金 <input type="text"/> 人分	
金額	金 1 5 0 0 0 円			
(f) 振込先金融機関	金融機関コード	店番号	銀行・信用金庫	本店・支店
	0 6 7 8 0 0 2		信用組合・農業協同組合	支所・出張所
	口座番号		預金種類	口座名義(カタカナで記入してください)
0 0 0 0 3 4 5		普通	グンマ タロウ	
上記のとおり相違ないことを証明する。				
令和 2年 4月 5日				
(g) 法人名	団体名 社会福祉法人 群馬会		法人の代表者の印	
代表者氏名	理事長 利根 一郎			

- (a) 請求書を作成する日を記入します。
- (b) 法人の証明欄以外は、請求者（被共済職員）にて作成してください。
- (c) 契約者番号、施設等名、職員番号、共済加入年月日は、掛金台帳でご確認ください。
- (d) 「給付事由発生年月日」には、10年、20年又は30年に達した日を記入します。
- (e) 「給付金の種類」は、「7.長期勤続者慰労金」にチェックし、該当する事項に○を付けます。
- (f) 「振込先金融機関」には、請求者名義の金融機関口座を記入します。
- (g) 共済契約者（法人）において請求内容に誤りがないことを確認した上で、記名・押印してください。

給付金額	10年に達した場合 15,000円 20年に達した場合 20,000円 30年に達した場合 25,000円
添付書類	ア 振込先通帳の表紙の裏面のコピー
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ここでの「被共済職員期間」とは、単純に加入日からの在籍期間のことをいいます。休業等による期間の除算はありません。</li> <li>・ 合算制度を適用した場合も通算されます。</li> <li>・ 共済法適用外職員は <u>1日も空白がない状態で合算制度を利用した場合のみ通算</u>されます。</li> <li>・ 既に退職慰労金を支給した期間は、対象となりません。</li> </ul>

Q 被共済職員期間3年で退職し、3年3か月経過後、再度共済に加入した場合、あと7年勤めれば長期勤続慰労金が請求できるのか。

A 退職から再加入までの間が3年以上あるため被共済職員期間は合算されません。よって、再度加入した法人において10年勤めなければ長期勤続慰労金の請求はできません。これは、退職手当金や退職慰労金の計算上も同様です。質問の場合は、合算はできませんが、退職日から5年以内であれば、最初の3年間での退職手当金及び退職慰労金の請求は可能ですので、速やかに手続きをお願いします。

また、共済法適用外職員の場合は、1日も空白がない状態で合算制度を利用した場合のみ通算されるので、それ以外の場合は、3年、7年はそれぞれ別個のものと考えます。



**(8) 退職慰労金**

被共済職員期間（在籍期間）1年以上の者が退職した場合に請求できます。

**(8-2) 特例退職慰労金**

平成25年3月31日までに被共済職員期間（在籍期間）が5年以上ある者が、平成25年4月1日以後に退職した場合に請求できます。請求は、退職慰労金と同時に行ってください。

《作成例》在籍14年1ヶ月で退職した場合（被共済機関1年未満は切り捨て）

別記第4号様式の2		給付金請求書		(a) R2年 5月 1日	
社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会長 様					
〒 * * * - * * * *					
(b) 請求者住所 ○○市○○町○○					
氏 名 群馬 太郎 <span style="float: right;">群 馬 印</span>					
次のとおり給付金を請求します。					
契約者番号	1234-05	施設等名	××デーサービスセンター		
職員番号	(c) 0035	被共済職員氏名	群馬 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
共済加入年月日	H18年 4月 1日		給付事由発生年月日	(d) R2年 4月 30日	
給付金の種類 <small>該当番号にチェック ( ) 内の該当事項を ○で囲む</small>	<input type="checkbox"/> 1. 死亡弔慰金(本人・配偶者・被扶養者)		<input checked="" type="checkbox"/> 8. 退職慰労金(14年)		
	<input type="checkbox"/> 2. 傷病見舞金(本人・被扶養者)		<input checked="" type="checkbox"/> 8-2. 特例退職慰労金(7年) ※平成25年3月31日までの被共済職員期間		
	入院日数	日	<input type="checkbox"/> 9. 障害厚生年金見舞金(1級・2級)		
	年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 10. 付添看護料補給金(本人・被扶養者)		
	<input type="checkbox"/> 3. 結婚祝金		給付対象日数		日分
	<input type="checkbox"/> 4. 災害見舞金(全焼全壊・半焼半壊・未済)		年 月 日から 年 月 日まで		
	<input type="checkbox"/> 5. 出産祝金(本人・配偶者)		人分		
	<input type="checkbox"/> 6. 入学祝金(小学校・中学校・高校)		人分		
<input type="checkbox"/> 7. 長期勤続者慰労金(10年・20年・30年)		人分			
<input type="checkbox"/> 11. 遺児育英資金		人分			
<input type="checkbox"/> 12. 厚生保養費		人分			
<input type="checkbox"/> 13. 生活習慣病予防健診助成金		人分			
<input type="checkbox"/> 14. レクリエーション事業助成金		人分			
金額	金		8	6	0000円
(f) 振込先金融機関	金融機関コード	店番号	△△ <span style="float: right;">銀行・信用金庫</span> △△ <span style="float: right;">本店</span> <span style="float: right;">支所</span>		
	0 6 7 8 0 0 2	信用組合・農業協同組合	支所・出張所		
	口座番号		預金種類	口座名義 (カタカナで記入してください)	
0 0 0 0 3 4 5		普通	群馬 タロウ		
上記のとおり相違ないことを証明する。					
令和 2年 5月 1日					
(g) 法人名		社会福祉法人 群馬会		法人の 代表者の印 <span style="float: right;">印</span>	
代表者氏名		理事長 利根 一郎			

- (a) 請求書を作成する日を記入します。
- (b) 法人の証明欄以外は、請求者（被共済職員）にて作成してください。 Q9, 16 参照
- (c) 契約者番号、施設等名、職員番号、共済加入年月日は、掛金台帳でご確認ください。
- (d) 「給付事由発生年月日」は、**退職日**を記入します。
- (e) 「給付金の種類」は、「8. 退職慰労金」、及び該当する場合は「8-2. 特例退職慰労金」にチェックを付け、被共済職員期間を記入します。
- (f) 「振込先金融機関」は、請求者名義の金融機関口座を記入します。
- (g) 共済契約者（法人）において請求内容に誤りがないことを確認した上で、記名・押印してください。

給付金額	下表のとおり。
添付書類	ア 振込先通帳の表紙の裏面のコピー
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ここでの「被共済職員期間」とは、単純に加入日からの在籍期間のことをいいます。休業等による期間の除算はありません。</li> <li>・ 合算制度を適用した場合も通算されます。</li> <li>・ 共済法適用外職員は1日も空白がない状態で合算制度を利用した場合のみ通算されます。</li> <li>・ 既に退職慰労金を支給した期間は、対象となりません。</li> <li>・ 合わせて、異動報告書(2.退職者)及び退職手当支払資金請求書も提出してください。</li> <li>・ 共済契約の解除について 他の退職金制度への移行により共済契約を解除した場合、退職手当金は請求できません(退職手当金掛金積立額を共済契約者へ返戻します)が、(特例)退職慰労金は請求できます。</li> <li>・ 特例退職慰労金は、平成25年度以後、福利厚生分の掛金率が引き下げられたことに伴う給付ですので、平成25年3月31日以前の退職者には支給されません。</li> </ul>

[8. 退職慰労金の給付金額]

被共済職員期間(1年未満切捨て)に応じて以下の金額

被共済職員期間	給付金額	被共済職員期間	給付金額	被共済職員期間	給付金額
1年	5,000円	11年	62,000円	21年	137,000円
2	10,000	12	69,000	22	144,000
3	15,000	13	76,000	23	151,000
4	20,000	14	83,000	24	158,000
5	25,000	15	90,000	25	165,000
6	31,000	16	98,000	26	172,000
7	37,000	17	106,000	27	179,000
8	43,000	18	114,000	28	186,000
9	49,000	19	122,000	29	193,000
10	55,000	20	130,000	30	200,000

※ 31年以降は、1年につき7,000円を加算する。

[8-2. 特例退職慰労金の給付金額]

平成25年3月31日までの被共済職員期間(1年未満切捨て)に応じて以下の金額

被共済職員期間	給付金額	被共済職員期間	給付金額
5年以上10年未満	3,000円	20年以上25年未満	18,000円
10年以上15年未満	6,000	25年以上30年未満	27,000
15年以上20年未満	12,000	30年以上	36,000

※ 平成25年3月31日までに5年以上の被共済職員期間がなければ該当しません。

**(9) 障害厚生年金見舞金**

被共済職員が、被共済職員期間中の傷病により厚生年金保険法による障害等級1級又は2級の障害認定を受けた場合に請求できます。

≪作成例≫障害厚生年金1級に認定された場合

別記第4号様式の2		<b>給付金請求書</b>		(a) R2年 4月 15日	
社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会長 様					
〒 * * * * - * * * *					
請求者住所 ○○市○○町○○					
(b) 氏 名 群馬 太郎				群馬 印	
次のとおり給付金を請求します。					
契約者番号	1234-05	施設等名	××デーサービスセンター		
職員番号	(c) 0035	被共済職員氏名	群馬 太郎	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
共済加入年月日	H18年 4月 1日		給付事由発生年月日	(d) R2年 4月 6日	
給付金の種類 <small>該当番号にチェック ( ) 内の該当事項を○で囲む</small>	<input type="checkbox"/> 1. 死亡弔慰金(本人・配偶者・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8. 退職慰労金( 年)		
	<input type="checkbox"/> 2. 傷病見舞金(本人・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8-2. 特例退職慰労金( 年) ※平成25年3月31日までの被共済職員期間		
	入院日数 <input type="text"/> 日 年 月 日から 年 月 日まで		<input checked="" type="checkbox"/> 9. 障害厚生年金見舞金(1級・2級)(e)		
	<input type="checkbox"/> 3. 結婚祝金		<input type="checkbox"/> 10. 付添看護料補給金(本人・被扶養者)		
	<input type="checkbox"/> 4. 災害見舞金(全焼全壊・半焼半壊・未満)		給付対象日数 <input type="text"/> 日分 年 月 日から 年 月 日まで		
	<input type="checkbox"/> 5. 出産祝金(本人・配偶者)		<input type="checkbox"/> 11. 遺児育英資金 <input type="text"/> 人分		
	<input type="checkbox"/> 6. 入学祝金(小学校・中学校・高校)		<input type="checkbox"/> 12. 厚生保養費 <input type="text"/> 人分		
	<input type="checkbox"/> 7. 長期勤続者慰労金(10年・20年・30年)		<input type="checkbox"/> 13. 生活習慣病予防健診助成金 <input type="text"/> 人分		
			<input type="checkbox"/> 14. レクリエーション事業助成金 <input type="text"/> 人分		
	金額	金 3 0 0 0 0 0 0 円			
	(f) 振込先金融機関	金融機関コード	店番号	銀行・信用金庫 本店・支店 信用組合・農業協同組合 支所・出張所	
		0 6 7 8 0 0 2	△△	△△	
		口座番号		預金種類	口座名義(カタカナで記入してください)
	0 0 0 0 3 4 5		普通	グンマ タロウ	
上記のとおり相違ないことを証明する。					
令和 2年 4月 15日					
(g) 法人名		社会福祉法人 群馬会			
団体名		代表者氏名 理事長 利根 一郎			
		法人の代表者の印 印			

- (a) 請求書を作成する日を記入します。
- (b) 法人の証明欄以外は、請求者(被共済職員)にて作成してください。
- (c) 契約者番号、施設等名、職員番号、共済加入年月日は、掛金台帳でご確認ください。
- (d) 「給付事由発生年月日」には、**障害認定日**を記入します。
- (e) 「給付金の種類」は、「9. 障害厚生年金見舞金」にチェックし、該当する事項に○を付けます。
- (f) 「振込先金融機関」は、請求者名義の金融機関口座を記入します。
- (g) 共済契約者(法人)において請求内容に誤りがないことを確認した上で、記名・押印してください。

給付金額	1級 300,000円 2級 150,000円
添付書類	ア 被共済職員本人が障害の認定を受けたことが分かる書類 例) 年金証書(写)、年金事務所発行の障害認定証明書(写) イ 振込先通帳の表紙の裏面のコピー
注意事項	・障害者手帳のみでは不可

**(10) 付添看護料補給金**

被共済職員（被共済職員期間が1年以上の者に限る）又はその被扶養者が傷病により医療機関へ継続して20日以上入院し、付添看護者（三親等以内の親族を除く）を雇用した場合に請求できます。

《作成例》被共済職員が入院した場合

別記第4号様式の2		<b>給付金請求書</b>		(a) R2年 4月 15日	
社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会長 様					
〒 ****-****					
(b) 請求者住所 ○○市○○町○○					
氏 名 群馬 太郎 <span style="float: right;">群馬 印</span>					
次のとおり給付金を請求します。					
契約者番号	1234-05	施設等名	××デーサービスセンター		
職員番号	(c) 0035	被共済職員氏名	群馬 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
共済加入年月日	H18年 4月 1日		給付事由発生年月日	(d) R2年 2月 10日	
給付金の種類 <small>該当番号にチェック( )内の該当事項を○で囲む</small>	<input type="checkbox"/> 1. 死亡弔慰金(本人・配偶者・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8. 退職慰労金( 年)		
	<input type="checkbox"/> 2. 傷病見舞金(本人・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8-2. 特例退職慰労金( 年) ※平成25年3月31日までの被共済職員期間		
	入院日数 <input type="text"/> 日 年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 9. 障害厚生年金見舞金(1級・2級)		
	<input type="checkbox"/> 3. 結婚祝金		<input checked="" type="checkbox"/> 10. 付添看護料補給金(本人・被扶養者)(e)		
	<input type="checkbox"/> 4. 災害見舞金(全焼全壊・半焼半壊・未済)		給付対象日数 <input type="text"/> 日分 R2年2月10日からR2年4月9日まで		
	<input type="checkbox"/> 5. 出産祝金(本人・配偶者)		<input type="checkbox"/> 11. 遺児育英資金 <input type="text"/> 人分		
	<input type="checkbox"/> 6. 入学祝金(小学校・中学校・高校)		<input type="checkbox"/> 12. 厚生保養費 <input type="text"/> 人分		
	<input type="checkbox"/> 7. 長期勤続者慰労金(10年・20年・30年)		<input type="checkbox"/> 13. 生活習慣病予防健診助成金 <input type="text"/> 人分		
			<input type="checkbox"/> 14. レクリエーション事業助成金 <input type="text"/> 人分		
	金額	金 1 8 0 0 0 0 円			
	(f) 振込先金融機関	金融機関コード	店番号	銀行・信用金庫 本店(支店)	
		0 6 7 8 0 0 2	△△	信用組合・農業協同組合 支所・出拠所	
		口座番号		預金種類	口座名義(カタカナで記入してください)
	0 0 0 0 3 4 5		普通	グンマ タロウ	
上記のとおり相違ないことを証明する。					
令和 2年 4月 15日					
(g) 法人名 社会福祉法人 群馬会					
代表者氏名 理事長 利根 一郎 <span style="float: right;">法人の代表者の印 印</span>					

- (a) 請求書を作成する日を記入します。
- (b) 法人の証明欄以外は、請求者（被共済職員）にて作成してください。
- (c) 契約者番号、施設等名、職員番号、共済加入年月日は、掛金台帳でご確認ください。
- (d) 「給付事由発生年月日」は、**請求の対象となる入院の初日**を記入します。
- (e) 「給付金の種類」は、「10. 付添看護料補給金」にチェックし、該当する事項に○を付けます。

「給付対象日数」は、請求する日数を記入し、対象となる入院の初日と末日を記入します。

(f) 「振込先金融機関」は、請求者名義の金融機関口座を記入します。

(g) 共済契約者（法人）において請求内容に誤りがないことを確認した上で、記名・押印してください。

① 被共済職員の傷病の場合

給付金額	3,000 円／日（60 日分を限度とする）
添付書類	ア 付添看護が必要なことを証する書類 例）療養上付添看護者を必要とする旨の医師による証明書(写) イ 付添看護証明書（別記第 4 号様式の 2 の付表①） ウ 振込先通帳の表紙の裏面のコピー
注意事項	・ 併せて傷病見舞金の請求も可能です。

② 被共済職員の被扶養者の傷病の場合

給付金額	1,500 円／日（60 日分を限度とする）
添付書類	ア 付添看護が必要なことを証する書類 例）療養上付添看護者を必要とする旨の医師による証明書(写) イ 付添看護証明書（別記第 4 号様式の 2 の付表①） ウ 扶養していることが分かる書類 例）保険証(写)、源泉徴収票(写) エ 振込先通帳の表紙の裏面のコピー
注意事項	・ 併せて傷病見舞金の請求も可能です。

(11) 遺児育英資金

被共済職員が死亡し、死亡当時被共済職員が18歳未満の子を扶養していた場合に請求できます(死亡した被共済職員の遺族が請求します)。

《作成例》2名の遺児がいた場合

別記第4号様式の2		<b>給付金請求書</b>		(a) R2年 4月 15日	
社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会長 様					
〒 * * * * - * * * *					
請求者住所 ○○市○○町○○					
(b) 氏 名 群馬 花子 <span style="float: right;">(群馬) 印</span>					
次のとおり給付金を請求します。					
契約者番号	1234-05	施設等名	××デーサービスセンター		
職員番号	(c) 0035	被共済職員氏名	群馬 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
共済加入年月日	H18年 4月 1日		給付事由発生年月日	(d) R2年 4月 6日	
給付金の種類 <small>該当番号にチェック( )内の該当事項を○で囲む</small>	<input type="checkbox"/> 1. 死亡弔慰金(本人・配偶者・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8. 退職慰労金( 年)		
	<input type="checkbox"/> 2. 傷病見舞金(本人・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8-2. 特例退職慰労金( 年) ※平成25年3月31日までの被共済職員期間		
	入院日数 <input type="text"/> 日 年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 9. 障害厚生年金見舞金(1級・2級)		
	<input type="checkbox"/> 3. 結婚祝金		<input type="checkbox"/> 10. 付添看護料補給金(本人・被扶養者)		
	<input type="checkbox"/> 4. 災害見舞金(全焼全壊・半焼半壊・未済)		<input checked="" type="checkbox"/> 11. 遺児育英資金 (e) <input type="text"/> 2 人分		
	<input type="checkbox"/> 5. 出産祝金(本人・配偶者)		<input type="checkbox"/> 12. 厚生保養費 <input type="text"/> 人分		
	<input type="checkbox"/> 6. 入学祝金(小学校・中学校・高校)		<input type="checkbox"/> 13. 生活習慣病予防健診助成金 <input type="text"/> 人分		
	<input type="checkbox"/> 7. 長期勤続者慰労金(10年・20年・30年)		<input type="checkbox"/> 14. レクリエーション事業助成金 <input type="text"/> 人分		
金額	金 4 0 0 0 0 0 円				
(f) 振込先金融機関	金融機関コード	店番号	銀行・信用金庫	本店(支店)	
	0 6 7 8 0 0 2		信用組合・農業協同組合	支所・出張所	
	口座番号		預金種類	口座名義(カタカナで記入してください)	
0 0 0 0 9 1 1		普通	グンマ ハナコ		
上記のとおり相違ないことを証明する。					
令和 2年 4月 15日					
(g) 法人名 社会福祉法人 群馬会					
代表者氏名 理事長 利根 一郎 <span style="float: right;">法人の代表者の印</span>					

- (a) 請求書を作成する日を記入します。
- (b) 法人の証明欄以外は、請求者(被共済職員の遺族)にて作成してください。
- (c) 契約者番号、施設等名、職員番号、共済加入年月日は、掛金台帳でご確認ください。
- (d) 「給付事由発生年月日」には、**死亡日**を記入します。
- (e) 「給付金の種類」は、「11. 遺児育英資金」にチェックを付け、要件を満たす子の人数を記入します。
- (f) 「振込先金融機関」は、請求者名義の金融機関口座を記入します。
- (g) 共済契約者(法人)において請求内容に誤りがないことを確認した上で、記名・押印してください。

給付金額	子 1 人につき 200,000 円
添付書類	<p>ア 被共済職員と請求者との続柄が分かる書類 例) 戸籍謄本(写)</p> <p>イ 請求に係る子が扶養されていたことが分かる書類 例) 源泉徴収票(写)、子の保険証(写)</p> <p>ウ 振込先通帳の表紙の裏面のコピー</p>
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 死亡した被共済職員の遺族が自身の名前で請求します。</li> <li>・ 死亡弔慰金の請求もできます。</li> <li>・ 退職慰労金の請求もできる場合があります。</li> </ul>



**(12) 厚生保養費**

被共済職員及びその被扶養者が保養の目的で、指定宿泊施設（次頁参照）に宿泊した場合に請求することができます。 Q18 参照

≪作成例≫32名の職員が利用した場合

別記第4号様式の2		<b>給付金請求書</b>		(a) R2年 3月 15日
社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会長 様				
〒 * * * - * * * *				
(b) 請求者住所		〇〇市〇〇町〇〇		法人の 代表者の印
氏 名		社会福祉法人 群馬会 理事長 利根 一郎		
次のとおり給付金を請求します。				
契約者番号	1234	施設等名	社会福祉法人 群馬会	
(c) 職員番号		被共済職員氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
共済加入年月日	H18年 4月 1日	給付事由発生年月日	年 月 日	
給付金の種類 <small>該当番号にチェック ( )内の該当事項を ○で囲む</small>	<input type="checkbox"/> 1. 死亡弔慰金(本人・配偶者・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8. 退職慰労金( 年)	
	<input type="checkbox"/> 2. 傷病見舞金(本人・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8-2. 特例退職慰労金( 年) ※平成25年3月31日までの被共済職員期間	
	入院日数 <input type="text"/> 日 年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 9. 障害厚生年金見舞金(1級・2級)	
	<input type="checkbox"/> 3. 結婚祝金		<input type="checkbox"/> 10. 付添看護料補給金(本人・被扶養者)	
	<input type="checkbox"/> 4. 災害見舞金(全焼全壊・半焼半壊・未済)		給付対象日数 <input type="text"/> 日分 年 月 日から 年 月 日まで	
	<input type="checkbox"/> 5. 出産祝金(本人・配偶者)		<input type="checkbox"/> 11. 遺児育英資金 <input type="text"/> 人分	
	<input type="checkbox"/> 6. 入学祝金(小学校・中学校・高校)		<input checked="" type="checkbox"/> 12. 厚生保養費 (d) <input type="text"/> 32 人分	
<input type="checkbox"/> 7. 長期勤続者慰労金(10年・20年・30年)		<input type="checkbox"/> 13. 生活習慣病予防健診助成金 <input type="text"/> 人分		
		<input type="checkbox"/> 14. レクリエーション事業助成金 <input type="text"/> 人分		
金額	金 3 2 0 0 0 円			
(e) 振込先金融機関	金融機関コード	店番号	銀行・信用金庫	本店・支店
	0 6 7 8 0 0 2		△△	△△
	口座番号		預金種類	口座名義(カタカナで記入してください)
	0 0 0 0 2 3 4		普通	フク)グンマカイ リジチョウ トネイチロウ
上記のとおり相違ないことを証明する。				
令和 2年 3月 15日				
(f) 法人名		社会福祉法人 群馬会		法人の 代表者の印
代表者氏名		理事長 利根 一郎		

- (a) 請求書を作成する日を記入します。
- (b) 法人の証明欄以外は、請求者（**法人又は施設**）にて作成してください。
- (c) 職員番号、被共済職員氏名、共済加入年月日、給付事由発生年月日は記入しません。
- (d) 「給付金の種類」は、「12. 厚生保養費」にチェックを付け、対象となる被共済職員の人数を記入します。
- (e) 「振込先金融機関」は、**法人又は施設名義の金融機関口座**を記入します。
- (f) 共済契約者（法人）において請求内容に誤りがないことを確認した上で、記名・押印してください。

給付金額	1人につき1,000円
添付書類	ア 厚生保養費請求者名簿（別記第4号様式の2の付表②） イ 宿泊施設利用証明書（別記第4号様式の2の付表③） ウ 被扶養者の利用の場合、扶養していることが分かる書類 例）被扶養者の保険証(写)、源泉徴収票(写) エ 振込先通帳の表紙の裏面のコピー
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>1年度内に1人1泊分を限度とします。</li> <li>可能な限り法人でまとめて請求してください。但し、添付する名簿は施設ごとに作成し、職員番号順にご記入ください。</li> <li>宿泊していない場合は、請求できません。</li> <li>保養ではなく、<b>研修等の目的で宿泊した場合は請求できません。</b></li> </ul>

### 【指定宿泊施設一覧】

#### 渋川市(伊香保温泉)

No.	施設名	TEL. (0279)
1	ホテルきむら	72-3333
2	福一	20-3000
3	伊香保グランドホテル	72-3131
4	岸権旅館	72-3105
5	古久家	72-3322
6	景風流の宿かのうや	72-2662
7	ホテル木暮	72-2701
8	金太夫	72-3232
9	ホテル天坊	72-4489
10	いかほ秀水園	72-3210
11	塚越屋七兵衛	72-3311
12	榮泉閣	72-2710
13	山陽ホテル	72-2733
14	森秋旅館	72-2601

#### 中之条町(四万温泉)

No.	施設名	TEL. (0279)
15	四万グランドホテル	64-2211
16	鐘寿館	64-2301
17	四万やまぐち館	64-2011
18	国民宿舎四万ゆずりは荘	64-2340

#### 長野原町(川原湯温泉)

No.	施設名	TEL. (0279)
19	やまきぼし	83-2011

#### 草津町(草津温泉)

No.	施設名	TEL. (0279)
20	古久長旅館	88-3125
21	草津グリーンパークパレス	88-3960
22	草津スカイランドホテル	88-5050
23	ホテル櫻井	88-3211

#### 沼田市(老神温泉)

No.	施設名	TEL. (0278)
24	吟松亭あわしま	56-2311
25	白壁の宿ニュー牧水苑	56-2632

#### みなかみ町(水上温泉)

No.	施設名	TEL. (0278)
26	去来荘	72-6311
27	松乃井	72-3200
28	水上ホテル聚楽	72-2521

#### みなかみ町(上牧温泉)

No.	施設名	TEL. (0278)
29	辰巳館	72-3055

#### みなかみ町(猿ヶ京温泉)

No.	施設名	TEL. (0278)
30	猿ヶ京ホテル	66-1101
31	千の谷	66-1151
32	ル・ヴァンパール湖郷	66-0880

#### 太田市(藪塚温泉)

No.	施設名	TEL. (0277)
33	ホテルふせじま	78-2321

#### 安中市(磯部温泉)

No.	施設名	TEL. (027)
34	桜や作右衛門	384-0088

**(13) 生活習慣病予防健診助成金**

被共済職員が健康保険（全国健康保険協会＜協会けんぽ＞）による生活習慣病予防健診を受診した場合に請求することができます。

≪作成例≫32名の職員が受診した場合

別記第4号様式の2		<b>給付金請求書</b>		(a) R2年 8月 31日					
社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会長 様									
〒 * * * - * * * *									
(b) 請求者住所		〇〇市〇〇町〇〇		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <small>法人の 代表者の印</small>  </div>					
氏 名		社会福祉法人 群馬会 理事長 利根 一郎							
次のとおり給付金を請求します。									
契約者番号	1234	施設等名	社会福祉法人 群馬会						
職員番号	(c)	被共済職員氏名	□男□女						
共済加入年月日	H18年 4月 1日		給付事由 発生年月日	年 月 日					
給付金の種類 <small>該当番号にチェック ( )内の該当事項を ○で囲む</small>	<input type="checkbox"/> 1. 死亡弔慰金(本人・配偶者・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8. 退職慰労金( 年)						
	<input type="checkbox"/> 2. 傷病見舞金(本人・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8-2. 特例退職慰労金( 年) ※平成25年3月31日までの被共済職員期間						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">入院日数</td> <td style="width: 50%;">日</td> </tr> <tr> <td>年 月 日から</td> <td>年 月 日まで</td> </tr> </table>		入院日数	日	年 月 日から	年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 9. 障害厚生年金見舞金(1級・2級)		
	入院日数	日							
	年 月 日から	年 月 日まで							
	<input type="checkbox"/> 3. 結婚祝金		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">給付対象日数</td> <td style="width: 50%;">日分</td> </tr> <tr> <td>年 月 日から</td> <td>年 月 日まで</td> </tr> </table>			給付対象日数	日分	年 月 日から	年 月 日まで
	給付対象日数	日分							
	年 月 日から	年 月 日まで							
<input type="checkbox"/> 4. 災害見舞金(全壊全壊・半壊半壊・未済)		<input type="checkbox"/> 11. 遺児育英資金 <span style="float: right;">人分</span>							
<input type="checkbox"/> 5. 出産祝金(本人・配偶者)		<input type="checkbox"/> 12. 厚生保養費 <span style="float: right;">人分</span>							
<input type="checkbox"/> 6. 入学祝金(小学校・中学校・高校)		<input checked="" type="checkbox"/> 13. 生活習慣病予防健診助成金 <span style="float: right;">(d)32 人分</span>							
<input type="checkbox"/> 7. 長期勤続者慰労金(10年・20年・30年)		<input type="checkbox"/> 14. レクリエーション事業助成金 <span style="float: right;">人分</span>							
金額	金 1 0 7 0 7 8 円								
(e) 振込先金融機関	金融機関コード	店番号	銀行・信用金庫 <span style="float: right;">本店(支店)</span> 信用組合・農業協同組合 <span style="float: right;">支所・出張所</span>						
	0 6 7 8 0 0 2	0 0 2	預金種類	口座名義(カタカナで記入してください)					
	0 0 0 0 2 3 4	普通	フク)グンマカイ リジチョウ トネイチロウ						
上記のとおり相違ないことを証明する。									
令和 2年 8月 31日									
(f) 法人名		社会福祉法人 群馬会		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <small>法人の 代表者の印</small>  </div>					
代表者氏名		理事長 利根 一郎							

- (a) 請求書を作成する日を記入します。
- (b) 法人の証明欄以外は、請求者（法人又は施設）にて作成してください。
- (c) 職員番号、被共済職員氏名、共済加入年月日、給付事由発生年月日は記入しません。
- (d) 「給付金の種類」は、「13.生活習慣病予防健診助成金」にチェックを付け、対象となる被共済職員の人数を記入します。
- (e) 「振込先金融機関」は、法人又は施設名義の金融機関口座を記入します。
- (f) 共済契約者（法人）において請求内容に誤りがないことを確認した上で、記名・押印してください。

《作成例》生活習慣病予防健診助成金請求者名簿  
別記第4号様式の2 の付表④

生活習慣病予防健診助成金請求者名簿

契約者番号		1 2 3 4 - 0 5		施設名等	××デイサービスセンター	
No.	職員番号	被共済職員氏名	受診年月日	病院名	金額	
1	0001	利根 雪江	R2・8・21	〇〇病院	3,500	
2	0008	白根 登	〃		3,500	
3	0012	山川 海子	〃		1,039	
4	0020	浅間 嶺子	R2・6・10	××病院	1,039	
5	0035	群馬 太郎	R2・6・15	△△病院	3,500	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">           名簿は施設ごとに作成してください。         </div>						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">           職員番号順に記入してください。         </div>						
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">           給付金として請求する金額を記入してください。            (3,500円以下の実費)            ※ 実際に支払った金額ではありません！             従って、合計額を名簿ごとに足し上げた数字が            給付金請求書に記載される金額となります。         </div>						
合 計					12,578 円	

給付金額	3,500円（但し、実費がそれに満たない場合は実費相当額）														
添付書類	<p>ア 協会けんぽから届く「生活習慣病予防健診対象者一覧」（写）</p> <p>イ <b>受診者一人一人について</b>、掛かった費用が分かる「健診機関が発行した領収証」（写）、又は「請求書」（写）と支払控え（写）（ネットバンキングの処理済画面コピーなど）</p> <p>ウ 生活習慣病予防健診助成金請求者名簿（別記第4号様式の2の付表④）</p> <p>エ 振込先通帳の表紙の裏面のコピー</p>														
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>健康保険による生活習慣病予防健診以外の健康診断の費用は対象になりません。</b></li> <li>・ 健診の種類と対象者の年齢は次のとおりです。 <table border="1" data-bbox="544 663 1329 978"> <thead> <tr> <th>健診の種類</th> <th>年齢</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>一般健診</td> <td>35歳から75歳まで</td> </tr> <tr> <td>・ 付加健診</td> <td>40歳及び50歳</td> </tr> <tr> <td>・ 乳がん検診</td> <td>40歳から74歳までの偶数年齢</td> </tr> <tr> <td>・ 子宮頸がん検診</td> <td>36歳から74歳までの偶数年齢</td> </tr> <tr> <td>・ 肝炎ウイルス検査</td> <td>（一般健診受診者）</td> </tr> <tr> <td>単独子宮頸がん検診</td> <td>20歳から38歳までの偶数年齢</td> </tr> </tbody> </table> </li> </ul> <p>※ 年齢は、当該年度の満年齢です。但し、75歳の方は、誕生日の前日までとなります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特に、20歳から34歳までの方で、単独子宮頸がん検診のみを受診した場合は、その実費相当額（1,039円以下。平成29年4月1日～令和元年9月30日の受診分は1,020円以下。平成28年度以前の受診分は875円以下）までの支給となりますのでご注意ください。</li> <li>・ 可能な限り<u>法人</u>でまとめて請求してください。但し、添付する名簿は<u>施設ごと</u>に作成し、<u>職員番号順</u>にご記入ください。</li> </ul>	健診の種類	年齢	一般健診	35歳から75歳まで	・ 付加健診	40歳及び50歳	・ 乳がん検診	40歳から74歳までの偶数年齢	・ 子宮頸がん検診	36歳から74歳までの偶数年齢	・ 肝炎ウイルス検査	（一般健診受診者）	単独子宮頸がん検診	20歳から38歳までの偶数年齢
健診の種類	年齢														
一般健診	35歳から75歳まで														
・ 付加健診	40歳及び50歳														
・ 乳がん検診	40歳から74歳までの偶数年齢														
・ 子宮頸がん検診	36歳から74歳までの偶数年齢														
・ 肝炎ウイルス検査	（一般健診受診者）														
単独子宮頸がん検診	20歳から38歳までの偶数年齢														

【群馬県内で生活習慣病予防健診を実施している機関一覧】

令和3年1月現在

<p><b>前橋市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・JCHO 群馬中央病院健康管理センター</li> <li>・前橋赤十字病院</li> <li>・群馬県立心臓血管センター</li> <li>・群馬県健康づくり財団</li> <li>・前橋協立病院</li> <li>・群馬県厚生農業協同組合連合会</li> <li>・群馬県済生会前橋病院</li> </ul> <p><b>伊勢崎市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・伊勢崎市民病院、</li> <li>・伊勢崎佐波医師会病院、</li> <li>・鶴谷病院健診センター</li> <li>・日本健康管理協会伊勢崎健診プラザ</li> <li>・石井病院</li> </ul> <p><b>玉村町</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・角田病院</li> </ul> <p><b>桐生市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・桐生厚生総合病院</li> <li>・日新病院</li> </ul> <p><b>みどり市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・東邦病院</li> <li>・みどり病院</li> </ul> <p><b>太田市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・SUBARU 健康保険組合太田記念病院</li> <li>・本島総合病院</li> <li>・堀江病院</li> <li>・イムス太田中央総合病院</li> </ul> <p><b>館林市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・公立館林厚生病院</li> <li>・宇沢整形外科慶友健診センター</li> </ul>	<p><b>高崎市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・真木病院</li> <li>・三愛クリニック</li> <li>・日高病院</li> <li>・榛名荘病院</li> <li>・黒沢病院附属ヘルスパーククリニック</li> <li>・昭和病院</li> <li>・全日本労働福祉協会群馬県支部</li> <li>・高崎中央病院</li> <li>・細谷たかさきクリニック</li> <li>・第一病院、井上病院</li> <li>・医療法人フクヤ会道又内科クリニック</li> <li>・関越中央病院</li> </ul> <p><b>藤岡市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・公立藤岡総合病院</li> <li>・くすの木病院</li> <li>・藤岡市国民健康保険鬼石病院</li> </ul> <p><b>富岡市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・公立富岡総合病院</li> </ul> <p><b>安中市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・公立碓氷病院</li> <li>・松井田病院</li> <li>・正田病院</li> <li>・須藤病院</li> </ul> <p><b>下仁田町</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・下仁田厚生病院</li> </ul>	<p><b>渋川市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・川島内科クリニック</li> <li>・北関東循環器病院</li> <li>・北毛病院</li> </ul> <p><b>沼田市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利根中央病院、</li> <li>・沼田脳神経外科循環器科病院</li> </ul> <p><b>川場村</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・群馬パース病院</li> </ul> <p><b>東吾妻町</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・原町赤十字病院</li> </ul>
---	---	--

**(14) レクリエーション事業助成金**

被共済職員が区市町村単位等のレクリエーションや体育行事、地域での行事、又は施設等における同種の行事（職場での歓送迎会等親睦会行事を含む）に参加した場合に請求することができます。

《作成例》32名の職員が事業に参加した場合

別記第4号様式の2		<b>給付金請求書</b>		(a) R2年 12月 11日
社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会長 様				
〒 * * * - * * * *				
(b) 請求者住所		〇〇市〇〇町〇〇		法人の 代表者の印
氏名		社会福祉法人 群馬会 理事長 利根 一郎		
次のとおり給付金を請求します。				
契約者番号	1234	施設等名	社会福祉法人 群馬会	
職員番号	(c)	被共済職員氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
共済加入年月日	H18年 4月 1日		給付事由 発生年月日	年 月 日
給付金の種類 <small>該当番号にチェック ( ) 内の該当事項を ○で囲む</small>	<input type="checkbox"/> 1. 死亡弔慰金(本人・配偶者・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8. 退職慰労金( 年)	
	<input type="checkbox"/> 2. 傷病見舞金(本人・被扶養者)		<input type="checkbox"/> 8-2. 特例退職慰労金( 年) ※平成25年3月31日までの被共済職員期間	
	入院日数 <input type="text"/> 日 年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 9. 障害厚生年金見舞金(1級・2級)	
	<input type="checkbox"/> 3. 結婚祝金		<input type="checkbox"/> 10. 付添看護料補給金(本人・被扶養者)	
	<input type="checkbox"/> 4. 災害見舞金(全焼全壊・半焼半壊・未済)		給付対象日数 <input type="text"/> 日分 年 月 日から 年 月 日まで	
	<input type="checkbox"/> 5. 出産祝金(本人・配偶者)		<input type="checkbox"/> 11. 遺児育英資金 <input type="text"/> 人分	
	<input type="checkbox"/> 6. 入学祝金(小学校・中学校・高校)		<input type="checkbox"/> 12. 厚生保養費 <input type="text"/> 人分	
	<input type="checkbox"/> 7. 長期勤続者慰労金(10年・20年・30年)		<input type="checkbox"/> 13. 生活習慣病予防健診助成金 <input type="text"/> 人分	
			<input checked="" type="checkbox"/> 14. レクリエーション事業助成金 (d) <input type="text"/> 32 人分	
	金額	金 2 5 6 0 0 円		
(e) 振込先金融機関	金融機関コード	店番号	銀行・信用金庫 本店(支店)	
	0 6 7 8 0 0 2		信用組合・農業協同組合 支所・出張所	
	口座番号		預金種類	口座名義(カタカナで記入してください)
0 0 0 0 2 3 4		普通	フク)グンマカイ リジョウトネイチロウ	
上記のとおり相違ないことを証明する。				
令和 2年 12月 11日				
(f) 法人名 団体名		社会福祉法人 群馬会		法人の 代表者の印
代表者氏名		理事長 利根 一郎		

- (a) 請求書を作成する日を記入します。
- (b) 法人の証明欄以外は、請求者（**法人又は施設**）にて作成してください。
- (c) 職員番号、被共済職員氏名、共済加入年月日、給付事由発生年月日は記入しません。
- (d) 「給付金の種類」は、「14. レクリエーション事業助成金」にチェックを付け、対象となる被共済職員の人数を記入します。
- (e) 「振込先金融機関」は、**法人又は施設名義の金融機関口座**を記入します。**親睦会等の口座でも構いません。**
- (f) 共済契約者（法人）において請求内容に誤りがないことを確認した上で、記名・押印してください。

給付金額	800 円
添付書類	ア レクリエーション事業助成金参加者名簿（別記第 4 号様式の 2 の付表⑤） イ 振込先通帳の表紙の裏面のコピー
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1 年度内に 1 人 1 回分を限度とします。</li> <li>・ 対象となるのは、<b>行事開催日において被共済職員である方のみ</b>です。既に退職し被共済職員でない方や、被扶養者等は対象となりません。</li> <li>・ 可能な限り<b>法人でまとめて請求</b>してください。但し、添付する名簿は<b>施設ごと</b>に作成し、<b>職員番号順</b>にご記入ください。</li> </ul>

《作成例》レクリエーション事業助成金参加者名簿

別記第4号様式の2 の付表⑤

名簿は施設ごとに作成してください。

### レクリエーション事業助成金参加者名簿

契約者番号	1 2 3 4 - 0 5	施設名等	××デイサービスセンター																	
行事の名称	下記のとおり		参加人員	合計 19 名																
行事の日時	同		場 所	同																
事業概要																				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">1. 歓送迎会</td> <td style="width: 20%;">令和 2 年</td> <td style="width: 20%;">4 月 5 日</td> <td style="width: 20%;">〇〇ホテル</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">15 名</td> </tr> <tr> <td>2. 職員旅行</td> <td>令和 2 年</td> <td>6 月 5 日</td> <td>鎌倉</td> <td style="text-align: right;">2 名</td> </tr> <tr> <td>3. 忘年会</td> <td>令和 2 年</td> <td>1 2 月 5 日</td> <td>居酒屋△△</td> <td style="text-align: right;">2 名</td> </tr> </table>						1. 歓送迎会	令和 2 年	4 月 5 日	〇〇ホテル	15 名	2. 職員旅行	令和 2 年	6 月 5 日	鎌倉	2 名	3. 忘年会	令和 2 年	1 2 月 5 日	居酒屋△△	2 名
1. 歓送迎会	令和 2 年	4 月 5 日	〇〇ホテル	15 名																
2. 職員旅行	令和 2 年	6 月 5 日	鎌倉	2 名																
3. 忘年会	令和 2 年	1 2 月 5 日	居酒屋△△	2 名																
参 加 者																				
No.	職員番号	被共済職員氏名	No.	職員番号	被共済職員氏名															
1	0 0 0 1	利根 雪江																		
2	0 0 0 8	白根 登																		
3	0 0 1 2	山川 海子																		
4	0 0 2 0	浅間 嶺子																		
⋮	⋮	⋮																		
			19	0 0 3 5	群馬 太郎															

職員番号順に記入してください。

請求は、一年度中に一人 1 回までです。重複して請求しないようご注意ください。

また、請求できるのは、行事開催時に被共済職員である方に限られますので、退職された方や被共済職員でない方を入れてしまわないようご注意ください。



#### 4 書類の提出

厚生保養費、生活習慣病予防健診助成金、レクリエーション事業助成金の請求者名簿は施設ごとに分け、職員番号順に作成して下さい。

共済契約者（法人）にて、請求書と添付書類をとりまとめ、支給事由発生日から 10日以内に、県社協宛提出します。

給付金の請求可能期間は、支給事由発生日から5年間です。

#### 5 福利厚生給付金の交付

書類審査の後、県社協から被共済職員等に福利厚生給付金が交付されます。

- ① 給付金交付先は、原則として被共済職員名義の金融機関口座ですが、厚生保養費、生活習慣病予防健診助成金及びレクリエーション事業助成金については、法人又は施設の口座でお願いします。レクリエーション事業助成金については、親睦会等の口座でも結構です。
- ② 給付金交付時期は、概ね次のとおりですが、年度当初は請求が増えるため、交付が遅れる場合があります。期間短縮のため、適正な請求事務にご協力ください。
  - ・ 当月10日までの受付分 → 当月末日に交付
  - ・ 当月11日以降の受付分 → 翌月末日に交付
- ③ 給付金交付日が金融機関の休業日に当たるときは、早まることがあります。また、12月は年末休業期間があるため、概ね25日頃の交付となります。
- ④ 給付金の交付と合わせて、県社協から「給付金決定通知書」を送付しています。なお、退職慰労金決定通知書は被共済職員宛に送付しています。