

はまゆう共済（生命共済制度） 事故・病気 入院見舞金申請書

申請日 年 月 日

沼津商工会議所 御中

当事業所の下記被保険者が入院しましたので、証明書類を添付の上、見舞金を申請します。なお、申請にあたっては注意事項を熟読し、さらに事実の確認も済んでおり、一切誤りはございません。

〒

【見舞金区分】

※該当するものに○をしてください。

怪我 5日未満 病気 5日未満 病気 5日以上

所在地
事業所名
代表者名
電話番号

印

フリガナ			※見舞金の申請には、添付書類の添付が必要です。					
被共済者名			※医療機関の診断書・領収書等入院日数の確認できる書類の写しを必ず添付してください。					
傷病名								
被災場所	※事故入院見舞金請求時にご記入ください。							
事故発生原因・状況	※事故入院見舞金請求時にご記入ください。							
医療機関名								
期間	発病日または受傷日		年	月	日	実入院日数	日	
	年		月	日	～			年

【振込先】※見舞金の振込口座をご記入ください。生命共済制度掛金引き落とし口座と同一の場合は記入不要です。

振込口座	金融機関名		支店名		区分
	銀行	コード	本店	コード	1. 普通預金
	信用金庫		支店		2. 当座預金
フリガナ					口座番号 (右づめで記入)
口座名義人					

【会議所記入欄】

事業所番号	
被共済者番号	
加入年月日	年 月 日
加入口数	口

支払日	年 月 日
見舞金給付履歴確認欄	
	<input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> なし

給付金額
円

部長	課長	課僚	担当

見舞金給付内容（給付一例） ※下記は一例です。加入口数に応じ見舞金を給付します。

	2口	3口	5口	8口	10口	12口
事故入院見舞金 （日帰り～5日未満）	一律 6,000円	一律 9,000円	一律 15,000円	一律 24,000円	一律 30,000円	一律 36,000円
病気入院見舞金 （日帰り～5日未満）	一律 6,000円	一律 9,000円	一律 15,000円	一律 24,000円	一律 30,000円	一律 36,000円
病気入院見舞金 （継続5日以上）	一律 10,000円	一律 15,000円	一律 25,000円	一律 40,000円	一律 50,000円	一律 60,000円

注意事項

- ①支給要件として、1年以上継続加入している方に限ります。
- ②再加入の場合は、再加入した日を加入日とします。加入日以前の事由は対象となりません。
- ③入院見舞金は加入口数1口につき、1日以上入院の場合一律3,000円、5日以上入院の場合一律5,000円を支給します。
支払基準は、支払事由が発生した時点の加入口数により支給します。
- ④申請の有効期限は、支払事由発生日から起算して3年以内とします。
- ⑤検査入院（人間ドック・脳ドック）は支給対象外となります。
- ⑥見舞金の申請は、入院の理由や期間に関わらず、同一年度内に一人2回を限度とします。
（年度とは、4月1日から翌年3月末を1年とし、支払事由発生日で判断します）
- ⑦申請において不備又は誤りがあるときは、支給金の保留・停止、または返却をお願いすることがあります。

添付書類 ※見舞金申請書（本書類）の他に以下の書類（いずれか1つ）を添付してください。

- 診断書の写し（傷病名・実入院日数・医師名及び証明印が明記、押印されているもの）
- 領収書の写し（入院した方の氏名、実入院期間が明記されている医療機関発行の領収書（領収印必要）の写し）
- その他、入院したことを証明できる書類

（下記の入院証明書欄に必要事項が記入され、証明印がある場合には添付書類の提出は必要ありません）

【医療機関記入欄】※添付書類（診断書・領収書等）がある場合は下記の提出は不要です。

入院証明書									
氏名	(生年月日 年 月 日)								
傷病名									
傷病の原因									
入院期間	年	月	日	～	年	月	日	まで	
	(初診日 年 月 日)								
実入院数	日								
上記の通り、相違ないことを証明いたします。									
	年 月 日								
所在地									
医療機関名									
医師名	印								
電話番号									