

【青色共済】入院見舞金給付申請書

別紙1

記入例

受付日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

担当者: _____

会員番号	1	会員氏名	江東 太郎
生年月日	昭・平 元 年 8 月 7 日 (35 歳)		
入院理由	疾病 (病気) ・ 災害 (ケガ)		
疾病	病名: 心臓病		
災害 (ケガ)	ケガの状態:		
	事故状況:		
入院期間	1回目 入院: 2024 年 9 月 18 日		
	退院: 2024 年 9 月 27 日		
	2回目 入院: _____ 年 _____ 月 _____ 日		
	退院: _____ 年 _____ 月 _____ 日		
入院日数 (合計)	10 日	給付金額	円
給付対象日数	日		
確認方法	1. 証明書 ・ 2. 領収書		
病院	病院名: 青色記念病院		
	病院住所: 江東区大島1-1-1		
	病院TEL: 03-3649-4178		
備考	給付連絡時の希望連絡先の電話番号等ございましたら、ご記入下さい。 090-0000-0000		

どちらかに記入

<参考>

<p>【給付金額】</p> <p>40歳6ヶ月以下は1,750円/日 10万円を限度</p> <p>50歳6ヶ月以下は1,500円/日 60日を限度</p> <p>60歳6ヶ月以下は1,000円/日 60日を限度</p>	<p>75歳6ヶ月以下は1,000円/日 45日を限度</p> <p>85歳6ヶ月以下は1,000円/日 30日を限度</p>
--	---

※入退院の日数が分かるものも併せてご添付(FAX可)下さい。

【受取方法】

- 来会して受取り
- 会費の引き落とし口座に振り込み(振込手数料は事業主様負担)
- 指定の口座へ振り込み(振込手数料は事業主様負担・下記要記入)

給付金振込先口座

金融機関名		支店名		預金種目	普通 ・ 当座
金融機関コード		支店コード			
名義人カナ					口座番号(右づめ)
口座名義人					