

見舞金請求書 病気入院

（1日以上
5日以上
30日以上）

本請求書ならびに添付書類に記載された者全員は、下記に記載の「個人情報のお取り扱い」について同意しております。

個人情報のお取り扱いについて

当会議所は、見舞金の請求に伴って、本請求書ならびに添付書類（診断書等）に記載された個人情報を、当制度の事務手続きのために利用します。

※記入例をご確認のうえ太枠内をご記入ください。

※記入漏れまたは記載内容に不備がある場合は、

差し戻しさせていただくことがあります。

※必ず太枠内のすべての項目をご記入ください。

郵便番号	
住所	
事業所名	
代表者名	
TEL	

記入日	年 月 日 ※西暦で記入してください		
フリガナ	※入院による見舞金は病気による1日以上の上の入院で請求できます。		
被保険者名	※見舞金の請求には、証明書類の添付が必要です。必要書類の詳細につきましては、裏面の「添付書類」欄を参照ください。		
入院期間	病名	発病日	年 月 日
	病気入院	年 月 日 ~ 年 月 日まで	
	実入院 日数	日	
送金口座	金融機関		支店名
	銀行 信金	コード	コード
	1. 普通 2. 当座		区分
フリガナ	口座番号 (右づめで記入)		
口座名義	※受取人は会社または被保険者で選択いただけます		

【医療機関記入欄】	証明書
氏名	(生年月日 年 月 日生)
病名	
傷病の原因	
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで (発病日 年 月 日)
実入院日数	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
TEL	

【会議所記入欄】	
事業所 No.	
被保険者 No.	
加入年月日	年 月 日
加入口数	口
見舞金 給付履歴 確認欄	<input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> なし
傷病コード	
給付金額	万 千 百 十 円

取扱生保名	生命	普及員名
-------	----	------

部長	課長	課長代理	担当職員
浜松商工会議所使用欄			



浜松商工会議所プラタナス共済制度 【記入例】見舞金（病気入院）の請求方法

問合せ先：会員共済課 TEL:053-452-1113

※郵送先※ 〒432-8501 浜松市中区東伊場 2-7-1 浜松商工会議所 会員共済課 共済担当 宛

浜松商工会議所プラタナス（団体保険）共済制度

見舞金請求書 病気入院 } 1日以上 5日以上 30日以上

郵便番号 432-8501
住所 浜松市中区東伊場 2-7-1
事業所名 浜松商工株式会社
代表者名 浜松 一郎
TEL 053-432-1113



！注意！

必ず太枠内のすべての項目をご記入ください。不備のある場合は、差し戻しをさせていただくことがあります。

個人事業所の場合は事業主印を、法人事業所の場合は、代表者印を押印ください

記入日	2019年 12月 24日 ※西暦で記入してください			
フリガナ	ハママツ イチロウ		※入院による見舞金は病気による1日以上の入院で請求できます。	
被保険者名	浜松 一郎		※見舞金の請求には、証明書類の添付が必要です。必要書類の詳細につきましては、裏面の「添付書類」欄を参照ください。	
通院期間	病名	糖尿病	発病日	2019年 11月 1日
	実入院日数	病気入院 2019年 11月 15日 ~ 2019年 11月 23日まで		8日
送金口座	金融機関	銀行	支店名	浜松支店
	コード	1 1 1 1	コード	1 1 1
フリガナ	ハママツショウコウ(カ) ダイヒョウトリシマリヤク ハママツイチロウ		区分	1. 普通 2. 当座
口座名義	浜松商工株式会社 代表取締役 浜松一郎		口座番号 (右づめで記入)	0 0 0 0 0 0 0

※受取人は会社または被保険者で選択いただけます

【証明書として必要な書類】

※見舞金請求書の他に以下の書類のいずれかを添付してください。

添付書類	診断書のコピー	病名、実入院日数・医師名及び証明印が明記、押印されている診断書のコピー
	領収書のコピー	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）のコピー
	証明書欄の記入	本請求書の「証明書」欄に、必要事項が記載され、かつ医師の証明印がある場合は、添付書類は必要ありません。

注意事項

- ①病気による入院見舞金は、加入一口につき、1日以上の入院の場合一律2,000円、5日以上の場合一律3,000円、30日以上の場合一律5,000円が支給されます。（R3.4月より「1日以上の入院」が追加されました）
- ②申請の有効期限は発病日を含め、3年以内とします。
- ③検査入院は対象外となります。
- ④申請にあたり、不備又は誤りがあるときは、支給金の停止、又は返却をお願いする場合があります。
- ⑤同一の病気による、同年度内の請求は、実入院日数を合算して30日を超える場合、すでにお支払いした金額の差額分を請求いただけます。