

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	
T E L	

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 ¹ の入院で請求できます。 ※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。			
被保険者名						
生年月日	年 月 日					
入院期間	病 名		実入院 日数	日		
	病気入院 年 月 日 ~ 年 月 日まで					
送金口座	金融機関		支店名		区分	
	銀行 信金	コード		コード	1. 普通 2. 当座	
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
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	
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	□別紙参照 □なし					
傷病 コード						
登録 傷病名						
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 / 係長	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：会員サービス課 TEL:053-452-1117

※郵送先※ 〒432-8501 浜松市中央区東伊場 2-7-1 浜松商工会議所 会員サービス課 共済担当

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

郵便番号 432-8501
住 所 浜松市中央区東伊場 2-7-1
事業所名 浜松商工株式会社
代表者名 浜松 一郎
T E L 053-432-1117



！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	2025年 4月 30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 <u>病気による1日以上</u> の入院で請求できます。 ※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。			
被保険者名	浜松 一郎					
生年月日	1996年 5月 14日					
入院期間	病 名 糖尿病			実入院 日数	10日	
	病気入院 2024年 4月 15日 ~ 2025年 4月 25日まで					
送金口座	金融機関		支店名		区分	
	商工 銀行 信金	コード 1 1 1 1	浜松支店	コード 1 1 1	1. 普通 2. 当座	
フリガナ	ハママツショウコウカブシキガイシャ ダイヒョウトリシマリヤク ハママツイチロウ					
口座名義	浜松商工株式会社 代表取締役 浜松 一郎					
	※受取人は会社または被保険者で選択いただけます					
		0	0	0	0	0

【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

領収書のコピー	入院した方の氏名、 <u>実入院期間</u> が明記されている <u>医療機関発行の領収書</u> のコピー
診断書のコピー	<u>被保険者名</u> 、 <u>病名</u> 、 <u>実入院日数</u> ・ <u>医師名</u> 及び <u>証明印</u> が明記、押印されている診断書のコピー
退院証明書のコピー	入院した方の氏名、 <u>実入院期間</u> が明記されている <u>医療機関発行の退院証明書</u> 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 <u>医師の証明印</u> 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 申請の有効期限は入院開始日を含め、3 年以内とします。
- ③ 被保険者 1 名につき、同一年度内 上限 2 回まで申請が可能です。
- ④ 入院日が加入年月日より前の入院は見舞金の支給対象とはなりません。
- ⑤ 検査入院は対象外となります。
- ⑥ 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。