

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				
被保険者名			※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。	
生年月日	年 月 日			
入院期間	病 名			実入院 日数
	病気入院	年 月 日 ~ 年 月 日まで	日	
送金口座	金融機関		支店名	
	銀行 信金	コード	コード	区分 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。	
所在地	年 月 日
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病気による1日以上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。		
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 2025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 信金	銀行 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			口座番号 (右づめで記入)		
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 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、実入院期間が明記されている医療機関発行の領収書のコピー
	診断書のコピー	被保険者名、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
	退院証明書のコピー	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退院証明書のコピー
	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 同一の傷病による入院であっても入院期間が 1 日でも途切れている場合、別件とみなし日数を合算することはできません。※2 回分として申請することは可。
	⑤ 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。
	⑥ 検査入院は対象外となります。
	⑦ 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。