

# 傷病給付申請書①

西暦 年 月 日

共済会理事長 殿

ご案内

1. 給付の要件を具備した日から6ヶ月を経過すると、その権利は消滅しますので注意して下さい。
  2. 種別毎に申請して下さい。  
(FAX・メール申請不可)
  3. 下の領収書について、仕向送金及び口座振込になる場合は、未記入のままにして下さい。

会社団体名			
勤務箇所名	TEL ( )-( )-( )		
申請者氏名 社員番号	印	カタカナ名	
		会員期間	年 月
申請者住所	TEL ( )-( )-( )		
発病年月日	西暦 年 月 日	入院年月日	西暦 年 月 日

私は、下記の傷病給付の事項に該当しますので、これを証明する書類を添付して給付金の支給を申請します。

- 記 -

申請者記載欄	参 考				(*証明書類はコピーで可)	
(該当する給付金の種別)	種 別	内 容		金 額	証 明 書 類	
種別番号	傷 病 金 見 舞 金	1-1	休業期間	1ヶ月経過	10,000円	入院証明書と 休業記録簿、勤務表
( 事 実 発 生 年 月 日 )		1-2		3ヶ月経過	10,000円	
西暦 年 月 日		1-3		6ヶ月経過	20,000円	
( 給 付 申 請 金 額 )		1-4		12ヶ月経過	20,000円	
円		1-5		18ヶ月経過	30,000円	
( 特 記 事 項 )		1-6		24ヶ月経過	30,000円	
		1-7		30ヶ月経過	30,000円	
		1-8		36ヶ月経過	30,000円	
	入 院 金 見 舞 金	2-1	会員		35,000円(*)	入院証明証、 医院の領収書 等
		2-2	配偶者		35,000円(*)	
		2-3	扶養家族である子供・父母		25,000円(*)	

(\*) 事実発生日が2025年12月31日迄の方は会員・配偶者20,000円、扶養家族である子供・父母は10,000円

給付金の送金方 (\*仕向送金が可能な箇所はできるだけ仕向送金を選択してください)

1. 株式会社日本旅行の仕向制度により送金して下さい。 仕向箇所 \_\_\_\_\_ 仕向コード \_\_\_\_\_
2. 上記金額を下記の口座 (1. 会社 2. 団体 3. 申請者) に送金して下さい。  
 \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 支店 当座預金・普通預金 口座番号 \_\_\_\_\_  
 口座名義 (カタカナ) \_\_\_\_\_
3. その他 \_\_\_\_\_

## 傷 病 給 付 領 収 書

西暦 年 月 日

共済会理事長殿

上記給付金として 金額 \_\_\_\_\_ 円 を受領しました。

受領者氏名 \_\_\_\_\_ 印

事務局 使用欄	整理 番号		局長 印		会 計 印		記事
------------	----------	--	---------	--	-------------	--	----