

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申請不可)
 3. 下欄の領収書については、仕向送金及び口座振込みになる場合は、未記入のままです。

会社団体名			
勤務箇所名	TEL ()-()-()		
申請者氏名 社員番号 (カード付印)	印	カタカナ名	会員期間
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 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 見 舞 金	2-1 会員		20,000円	入院証明証、 医院の領収書等
		2-2 配偶者		20,000円	
		2-3 扶養家族である子供・父母		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	
------------	----------	--	-------------	-------------	--------	--