

# 傷病給付申請書②

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になる場合は、未記入のままです。
- \* 差額ベッド補助金とは、個室や二人部屋等で室料差額を自己負担した場合に該当します。

会社団体名			
勤務箇所名	Tel ( )-( )-( )		
申請者氏名 社員番号 (カード付コピ印)	印	氏名フリガナ	
		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 (上限)	証 明 書 類		
種別番号	差額ベッド補助金	3-1 会員	限度期間 60日間	3,000円	領収証等	
		3-2 配偶者	限度期間 30日間	1,500円	(内容のわかるもの)	
		3-3 扶養家族である子供・父母	限度期間 30日間	1,500円	上記の他、扶養の証明	
(事実発生年月日) 西暦 年 月 日	*10日目より実費を給付	差額ベッド実費内訳	/ ~ / 1日	円	/ ~ / 1日	円
			/ ~ / 1日	円	/ ~ / 1日	円
(給付申請金額) 円	付添看護補助金	4-1 会員	限度期間 60日間	3,000円	領収証等	
		4-2 配偶者	限度期間 30日間	3,000円	(内容のわかるもの)	
		4-3 扶養家族である子供・父母	限度期間 30日間	3,000円	上記の他、扶養の証明	
証明書の添付有無 箇所長確認印	*実費を給付	付添看護実費内訳	/ ~ / 1日	円	/ ~ / 1日	円
			/ ~ / 1日	円	/ ~ / 1日	円
(特記事項)	ホームヘルパー補助金	5	限度期間 30日間	5,000円	市町村等の領収証 看護・家政婦紹介所等の領収書 *扶養家族の場合、 上記の他、扶養の証明	
		*実費を給付	ホームヘルパー実費内訳	/ ~ / 1日	円	/ ~ / 1日
			/ ~ / 1日	円	/ ~ / 1日	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下さい)

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
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	
------------	----------	--	---------	--	---------	--	----	--