

建設連合慶弔見舞金請求書(入院)

必要事項を記入し、該当する□にチェックを入れて下さい。

| | | | | |
|---------|---------|---|------|----------------------|
| 組合員の記入欄 | 組合員記号番号 | | | |
| | 組合員氏名 | 発病・負傷年月日 | | |
| | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日 | 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--------------------|---|----|---|---|---|---|----|---|---|---|------|----|---|---|
| 療養を担当した医師の証明欄 | 傷病名 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 入院期間 | 自 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 至 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 計 | 日間 | | |
| | 入院期間 | 自 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 至 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 計 | 日間 | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明する。 | | | | | | | | | | | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 所在地 | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | |

名称 _____ 印 医師氏名 _____ 印

※医療機関のみなさまへ：傷病名及び入院期間をご記入の際は、期間等明示願います。

| | |
|-------|--|
| 見舞金種別 | <input type="checkbox"/> 入院見舞金-A (3日以上 ~ 30日まで) |
| | <input type="checkbox"/> 入院見舞金-B (31日以上 ~ 60日まで) |
| | <input type="checkbox"/> 入院見舞金-C (61日以上 ~ 90日まで) |
| | <input type="checkbox"/> 入院見舞金-D (91日以上) |

※こちらは記入しないで下さい。

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

〒 -

組合員住所 _____

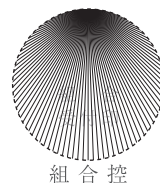
組合員氏名 _____ 印 電話番号 _____

建設組合理事長 殿

| 銀行名 | フリガナ | ○で囲んで下さい | 支店名 | フリガナ | ○で囲んで下さい | 預金種別 | | |
|--------------------|------|----------|-----|------|----------|------|----|----|
| | | | | | | 普通 | 当座 | 貯蓄 |
| 口座番号(右につめて記入して下さい) | | | | | | | | |
| 口座名義(カタカナで記入して下さい) | | | | | | | | |
| 記号番号(右につめて記入して下さい) | | | | | | | | |
| ※ゆうちょ銀行振込を希望の場合記入 | | | | | | | | |

※申請前に必ずお読み下さい。

- 見舞金の振込完了までに約1ヶ月時間がかかります。
- 口座情報に誤りがある場合振込ができませんので正確にご記入下さい。
- ゆうちょ銀行(旧:郵便局)の通常貯蓄貯金口座への振込はできませんのでご了承下さい。
- 入院期間の証明は<1つの医療機関に対して1枚ずつ証明>をいただいて下さい。
- 入院期間が確定されない場合ご請求ができないため、原則、退院後にご請求下さい。
- 入院日数の通算はできません。
- 入院事由が平成25年5月31日以前の場合、従来の制度が適用となります。



建設連合慶弔見舞金請求書(入院)

記入例

必要事項を記入し、該当する□にチェックを入れて下さい。

お手元の被保険者証に記載されている「記号番号」をご記入ください。

| | | | | | |
|---------|---------|--|----------|--|---------------------------|
| 組合員の記入欄 | 組合員記号番号 | ○○○○○○○○ | 発病・負傷年月日 | | 平成 25 年 6 月 2 日 |
| | 組合員氏名 | 建設 太郎 | 生 年 月 日 | | 明治 大正 昭和 平成 47 年 1 月 11 日 |
| | 性 別 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | |

| | | | | | |
|---|----------------------------|-------------------|--------------------|---------|--------------|
| 療養を担当した医師の証明欄 | 傷 病 名 | 癌性胸膜炎・右下葉肺癌 | | | |
| | 入 院 期 間 | 自 平成 25 年 6 月 2 日 | 至 平成 25 年 6 月 20 日 | 計 19 日間 | |
| | 入 院 期 間 | 自 平成 年 月 日 | 至 平成 年 月 日 | 計 日間 | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明する。平成 年 月 日 | | | | |
| | 所在地 | 大阪府堺市中区東山1-4-1 | 合病院総 | 電話番号 | 072-234-5678 |
| | 名 称 | ○○○○○総合病院 | 合病院総 | 医師氏名 | 木村 一郎 (木村) |
| ※医療機関のみなさまへ：傷病名及び入院期間をご記入の際は、期間等明示願います。 | | | | | |

| | |
|-------|--|
| 見舞金種別 | <input type="checkbox"/> 入院見舞金-A (3日以上 ~ 30日まで) |
| | <input type="checkbox"/> 入院見舞金-B (31日以上 ~ 60日まで) |
| | <input type="checkbox"/> 入院見舞金-C (61日以上 ~ 90日まで) |
| | <input type="checkbox"/> 入院見舞金-D (91日以上) |

※こちらは記入しないで下さい。

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

〒 550-0014

組合員住所 大阪府大阪市西区北堀江1-2-3 マンションAKIMOTO北館408号室

組合員氏名 建設 太郎 (建設) 電話番号 06-○○○○○-○○○○

建設組合理事長 殿

| | | | | | | | | | |
|--|-----------------|---|------|----------------|---|--|----|----|---|
| 銀行名 | フリガナ ミツイスミトモ | ○で囲んで下さい | 支店名 | フリガナ オオサカニシ | ○で囲んで下さい | 預金種別 ○で囲んで下さい | | | |
| | 三井住友 | <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協 | | 大阪西 | <input checked="" type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 | <input checked="" type="checkbox"/> 普通 | 当座 | 貯蓄 | |
| 口座番号(右につめて記入して下さい) ※ゆうちょ銀行以外の民間金融機関振込を希望の場合記入 | | | 1 | 3 | 8 | 0 | 0 | 4 | 8 |
| 口座名義(カタカナで記入して下さい) | | | ケン | セツ | タ | ロウ | | | |
| 記号番号(右につめて記入して下さい) ※ゆうちょ銀行振込を希望の場合記入 | | | 通帳記号 | | | 通帳番号 | | | |

※申請前に必ずお読み下さい。

- 見舞金の振込完了までに約1ヶ月時間がかかります。
- 口座情報に誤りがある場合振込ができませんので正確にご記入下さい。
- ゆうちょ銀行(旧:郵便局)の通常貯蓄貯金口座への振込はできませんのでご了承下さい。
- 入院期間の証明は<1つの医療機関に対して1枚ずつ証明>をいただいて下さい。
- 入院期間が確定されないとご請求ができないため、原則、退院後にご請求下さい。
- 入院日数の通算はできません。
- 入院事由が平成25年5月31日以前の場合、従来の制度が適用となります。

