

全圧連福祉共済保険 通院／入院見舞金 請求書

所属単協名	
-------	--

事業所名	
事業所コード	

請求内容	
請求年月日	
被保険者番号	
被保険者氏名	

【振込先】

フリガナ						
口座名義						
フリガナ						
口座番号		銀行		支店	普 / 当	No.

※ 本請求書にご記入の上、病院発行の「通院／入院日数が確認できる書類(領収書、退院証明書、診断書などのコピー)」を必ず添付して、メールまたは FAX にてご請求ください(労災の場合など領収書等がお手元にない場合は、別途書類をご記入いただきますので、ご連絡をお願いいたします)。

※ 【疾病入院見舞金】は疾病による 14 日以上の入院の場合に適用されます。

※ 【通院見舞金】は怪我による 3 日以上通院の場合に適用されます。

※ それぞれ、被保険者お一人につき 1 事業年度(4 月 1 日～翌年 3 月 31 日)に 1 回のみ請求できます。

※ 振込先にゆうちょ銀行をご指定の場合は、預金通帳の表紙裏のコピー(記号・番号が掲載されているページ)、またはキャッシュカードのコピーを添付ください。

本件に関するお問い合わせ先:全圧連事務局(担当:鈴木)

電話:03-3254-0731 FAX:03-3254-0732

Mail:info@zenatsuren.com