

〈記入例および見本〉 給付金請求書

「〇」印を
「ご記入ください。」

「〇」印を
「ご記入ください。」

医療共済ハビネス 給付金請求書

ハビネス共済会 御中
(一般財団法人 ハビネス共済会)

請求日 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

下記のとおり事由が発生したので必要書類を添えて給付金の支払いを請求します。なお、請求に関する契約書等の個人情報、給付金の支払いに関する業務の目的のために利用されることに同意します。また、貴会が必要と判断した場合は、医師等に問い合わせても異存ありません。

団体名 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
代表者名 〇〇〇 〇〇〇〇
請求担当者名 幸運 良子

契約番号	契約者氏名	給付対象者氏名	続柄
1234567-01	共済 太郎	共済 花子	本人

給付区分 ①入院 ②通院 事由区分 ①病気による ②事故による

請求内容	入院期間	入院日数	入院証明書の料金
入院の場合	2016/10/10 から 2016/10/20 まで	11日	3,240円
通院の場合	2016/10/21 から 2016/10/31 まで	2日	

注) 事由区分が事故による場合は、次の事故の内容を必ずご記入ください。

事故の区分	事故発生日時
①交通事故 ②交通事故以外の事故	2016年10月10日 午前11時00分頃

事故の内容
事故の場所 私立ハビネス小学校 グラウンド
事故発生の状況 親子徒競走で、子供と手を繋いで走っていたところ、足が思うように動かず、転倒した際に顔を強く打ち受傷した。

現在の状態 ①治療 ②軽快(通院) ③療 ④転院 ⑤死亡 ⑥継続入院中 ⑦()

受取口座	銀行	支店	口座番号	口座名義人
ゆうちょ銀行	〇〇〇支店	1234567	共済 太郎	

共済会処理欄	認定番号	給付金額	支払日	承認	捺印

1・2枚目に
押印ください。

該当番号に、
「〇」印を
ご記入ください。

病院に支払った
証明書代を
ご記入ください。

「事故による入院」
の際には、事故の
内容をモレなく
ご記入ください。

受取口座の記載
は、「正確に」
ご記入ください。

医療共済ハピネス 給付金請求書

ハピネス共済会 御中
(一般財団法人 ハピネス共済会)

請求日 年 月 日

下記のとおり事由が発生したので必要書類を添えて給付金の支払いを請求します。なお、請求に関する契約者等の個人情報、給付金の支払いに関する業務の目的のために利用されることに同意します。また、貴会が必要と判断した場合は、医師等に問い合わせても異存ありません。

団体名
代表者名
請求担当者名

A
共済会提出

契 約 番 号	契 約 者 氏 名	給 付 対 象 者 氏 名	続 柄
	フリガナ	フリガナ	① 本人 ② 配偶者 ③ 子 供 ④ その他

給 付 区 分		① 入 院 ② 通 院		事由区分		① 病気による ② 事故による			
請求の内容	入院の場合	入 院 期 間						入院日数	入院証明書の料金
		① 年 月 日							

注）事由区分が事故による場合は、次の事故の内容を必ずご記入ください。

事 故 の 内 容	事 故 の 区 分	① 交通事故 ② 交通事故以外の事故	事 故 発 生 日 時	年	月	日	午前 午後	時	分	頃
	事 故 の 場 所									
	事 故 発 生 の 状 況									

現 在 の 状 態	① 治癒 ② 軽快〔通院(有・無)〕 ③ 転院 ④ 死亡 ⑤ 継続入院中 ⑥ ()
-----------	---

受 取 口 座	銀行	店	預金種目	口座番号	口座名義人
	金庫		① 普通(総合) ② 当座		フリガナ
	コード	コード	記 号	番 号	
	ゆうちょ銀行		1 0		1

共済会処理欄	受付											
	認定番号		給付金額				支払日		給付 決裁	承認	認定	登録
	枝番											
	1	2	3	4	5	6	7	8				