

# 給付金請求書

保険種類	<input type="checkbox"/> 新しいき (移行型医療保険)
	<input type="checkbox"/> タス+かるじゃ (長期医療保険)

請求日	年 月 日
-----	-------

【契約者】 千 ( )  
(給付金請求人)

住所

電話番号 ( )

氏名

印

**ハピネス共済会** 御中  
(一般財団法人ハピネス共済会)

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が、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。

## 1. 契約者と給付対象者

契約番号	処理コード	契約者の氏名	給付対象者の氏名	契約者との続柄
	—	フリガナ	フリガナ	1 本人 2 配偶者 3 子供 4 その他

## 2. 請求の内容

給付区分	事由区分	入院期間		入院日数	証明書料金
1 入院	1 病気 2 事故	年 月 日から	年 月 日まで	日間	円
	1 病気 2 事故	年 月 日から	年 月 日まで	日間	円
給付区分	事由区分	亡くなられた日	原因(傷病名)	亡くなられた場所	
2 死亡	1 病気 2 事故	年 月 日		1 病院 2 その他( )	

事故の場合	事故の区分	1 交通事故 2 交通事故以外の事故
	発生の日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃
	発生の場所	
	発生の状況	

現在の状況	1 治癒 2 軽快 (通院:有・無) 3 転院 4 死亡 5 継続入院中 6 ( )
-------	--

## 3. 振込先の金融機関

金融機関 口座	銀行・金庫				ゆうちょ銀行			
	銀行 金庫		店	通帳記号	通帳番号			
	1 総合口座 (普通預金) 2 当座預金	番号		1	0		1	
名義人	フリガナ			フリガナ				

共済会 処理欄	認定番号.....
	支払日.....
	給付金額.....

承認	認定	登録	受付