

給付金請求書

保険種類	<input type="checkbox"/> 新しいぶき (移行型医療保険)
	<input type="checkbox"/> マイハピ (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】〒()
(給付金請求人)

住所

電話番号 ()

ハピネス共済会

(一般財団法人ハピネス共済会) 御中

氏名



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。

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

請求の内容	給付区分	1 入院	2 死亡	事由区分	1 病気による	2 事故による
	入院	入院期間			入院日数	入院証明書の料金
		①	年 月 日から	年 月 日まで	日	円
	②	年 月 日から	年 月 日まで	日	円	
死亡	亡くなられた日	原因(傷病名)		亡くなられた場所		
	年 月 日			1 病院 2 その他()		

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
	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 ()
-------	--

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

共済会処理欄	認定番号	給付金額	支払日	給付 決裁	承認	認定	登録	
	枝番							