

2年4月30日

入院一時金請求書

入院一時金を以下のとおり請求します。

請求者 (保険契約者)	保険証券番号	〇〇〇〇〇〇	契約プラン	A (B)
	ふりがな	ながの たろう		
	氏名	長野 太郎	(印)	
	住所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
振込先金融機関 (※)	銀行名	口座番号	口座名義	
	〇〇〇 銀行 〇〇〇 支店	普通預金 〇〇〇〇〇〇	フリガナ (ナガノ タロウ) 長野 太郎	
被保険者 (入院した方)	ふりがな	ながの はなこ		
	氏名	長野 花子		
	性別	男 (女)	〇〇 歳	
	生年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
入院期間	2年4月15日 ~ 2年4月20日まで			
上記の請求内容について事実と相違ないことを証明します。				
2年4月30日				
支部名 : 〇〇〇〇〇〇 支部長 : 〇〇〇 〇〇〇 (印)				

(※) 給付金受取人は保険契約者または被保険者です。ただし、保険契約者が施設の管理者の場合は、被保険者となります。

(※) 請求できるのは、一保険期間につき1回です。

添付書類 ・ 医師 (病院) による被保険者 (保障を受けられる方) の 入院期間および病名を証明する診断 (証明) 書

事務局記入欄	請求書到着日	年 月 日	請求回数確認	
	給付金受取人確認		支払通知発送日	年 月 日
	給付金額	円	管理台帳登録	年 月 日
	支払日	年 月 日	備考	