（様式第１８号）

　　年　　月　　日

給 付 金 請 求 書（差額ベッド費用）

給付金を以下のとおり請求します。**※請求できるのはＢプラン契約者のみです**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請　 求 　者　　　　（保険契約者） | 保険証券番号 |  |
| ふ り が な |  |
| 氏 名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 住　 所 |  |
| 振込先金融機関（※） | 銀　行　名 | 口　座　番　号 | 口　座　名　義　 |
| 　　　　　　 銀行　　　　　　　支店 | 普通預金 | フリガナ（　　　　　　　　　） |
| 被　保　険　者　　　　　　（付添介護を受けられた方） | ふ り が な |  |
| 氏 　名 |  |
| 性 別 | 　　　男　　　　女 | 　　　　歳 |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 利 用 期 間 | 年　　月　　日から　 　年　　月　　日まで（　　　日間） |
| 給付金額 | ※添付書類により当会が計算して算出いたします。 |
| 内 訳 | ・差額ベット使用日数　　　　　　　日　　　　　　　　　　　　　　　※１入院につき30日が限度です。1日の給付金額は3,000円が上限です。 |
| 　上記の請求内容について事実に相違ないことを証明します。　また、差額ベッドを利用した理由は次のとおりです。（具体的に理由をご記入ください。）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　支部名：　　　　　　　　　　　　　　支部長：　　　　　　　　　　　　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。添付書類 　① 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　　　　 　② 差額ベッド費用の支払いを行った旨の証明書、または領収書 |
| 事務局記入欄 | 請求書到着日 | 　　 年　　　月　　 日 | 支払事由確認 |  | 利用日数等の確認 |  |
| 給付金受取人確認 | 　 | 免 責 期 間 の 有無 | 有　　・　　無 |
| 給付金額 | 　　　　　 円　　　　　　　　 　　　　　 | 当該保険期間に対する既支払額 | 　　　　　　　　　 円 |
| 支払日　　　 | 年　 　月　　 日 | 支払通知発送日 | 年 　月　 日 |
| 管 理 台 帳 登 録 | 年　　 月 　　日 | 備　　　　　　　 考 |  |