　　　　　　　　　（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 | | |  | | |