（様式第２４号）

　　年　　月　　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 |  | 契約プラン | A　　　B |
| 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　　　　　　（入院した方） | ふ り が な |  |
| 氏 　名 |  |
| 性 別 | 　　　男　　　　女 | 　　　　歳 |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 入　院　期　間 | 年　　月　　日　～　 　年　　月　　日まで |
| 　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。　　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。（※）請求できるのは、一保険期間につき1回です。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 |
| 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 |  |