　　　　　　　　　（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 | | |  | |