　　　　　　　　　（様式第６号）

　　年　　月　　日

給　付　金　請　求　書

給付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　　　　　　（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 | | | | | | | | | |
| 付添介護期間 | | 年　　月　　日から　　年　　月　　日の入院期間のうち　　日間付添 | | | | | | | | | | | | |
| 給付金額 | | ※付添介護時間明細書により当会が計算して算出いたします。 | | | | | | | | | | | | |
| 内 訳 | | 親族 | | 昼間分　　　　時間　　　　分 | | | | | 夜間分　　　　時間　　　　分 | | | | | |
| 親族以外 | | 昼間分　　　　時間　　　　分 | | | | | 夜間分　　　　時間　　　　分 | | | | | |
| 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、病院での付添介護を必要と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 付添介護時間明細書（指定様式があります）  ② 医師（病院）による被保険者の入院期間および病名を証明する診断（証明）書  　　　　　③ 親族以外の者が付添介護した場合は、付添介護した会社（者）が発行した領収書  　　　　　　 のコピー | | | | | | | | | | | | | | |
| 事務局記入欄 | 請求書到着日 | | 年　　　月　　 日 | | | | 支払事由確認 | | |  | | | 付添時間等の確認 |  |
| 給付金受取人確認 | |  | | | | 免 責 期 間 の 有無 | | | | | | 有　　・　　無 | |
| 給付金額内訳 | | 親族昼間分　　　500円×（　　　　　）時間＝（　　　　　　　　）円 | | | | | | | | | | | |
| 親族夜間分　　　600円×（　　　　　）時間＝（　　　　　　　　）円 | | | | | | | | | | | |
| 親族以外昼間分　（　　　　　　）円×（　　　　　）時間＝（　　　　　　　　）円 | | | | | | | | | | | |
| 親族以外夜間分　（　　　　　　）円×（　　　　　）時間＝（　　　　　　　　）円 | | | | | | | | | | | |
| 給付金額合計 | | 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 | | |  | | | | |