

# 保険金請求書 (1)

- 結婚祝金    出産祝金  
入学祝金    永年会員リフレッシュ祝金  
看護・介護保険金

(現職会員総合保険)				※ 決定金額	円	
会員番号				会員氏名		
所属コード 所属所名						
給付種類	給付事由					
結婚祝金	婚姻年月日	年	月	日	配偶者氏名 (旧姓)	
出産祝金 ( )人	出産児氏名			出産年月日		
	1				年 月 日	
	2				年 月 日	
入学祝金 ( )人	入学児氏名		続柄	入学年月日		
	1			年 月 日		
				入学学校	小学校・中学校・その他	
	2			年 月 日		
				入学学校	小学校・中学校・その他	
	3			年 月 日		
			入学学校	小学校・中学校・その他		
永年会員 リフレッシュ祝金	会員期間	年	採用年月日	年	月 日 年齢 歳	
	勤続期間	年	支給方法			
看護・介護 保険金	療養者氏名		性別	続柄		
	生年月日		年	月	日	
	入院期間		年	月 日 ~	年	月 日
	付添看護人の雇用期間		年	月 日 ~	年	月 日
	雇用期間(日数)		日	会員の被扶養者区分		
	総自己負担額		円	1日あたりの自己負担額 円		
	医療機関名					
	要介護者氏名		性別	続柄	会員と同居・別居	
	介護休暇の 取得期間		年 月分(合計 日 時間) 年 月分(合計 日 時間) ※ 8時間をもって1日、4時間をもって半日とし、1月単位で合計する。ただし、端数時間については切り捨てるものとする。			
	受取銀行	銀行名				銀行コード
支店名		支店(出張所)		支店コード		
口座名義		(フリガナ)				
科目		①普通・総合	②当座	口座番号		
請求金額	円					
上記のとおり、請求します。 一般財団法人 神奈川県厚生福利振興会理事長殿 年 月 日 <div style="text-align: right;">請求者 氏名 <span style="float: right;">(印)</span></div>						

※ご記入いただいた個人情報は、当事業の利用目的以外には使用しません。