

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 (印)</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。