決裁	委員長	財政部長	書記長	次長	次長	担当

妻（扶養）の入院見舞金支払請求書

金　　5,000　　円也

下記の事由が発生しましたので、必要書類を添付して請求します。

申請年月日　　年　　月　　日

組合員　住所 ……

氏名 …… ㊞

全建総連岐阜建設労働組合県本部
執行委員長　様

自署または記名押印

組合員番号			
妻の氏名		妻の生年月日	年　月　日
病院名			
疾病・傷病名			
入院期間	年　月　日 ～　年　月　日（　日間）		

《支給要件》
妻の所得が200万円以下（通常分娩による入院、日帰り入院の人間ドック等は除く）
《添付書類》
①、組合員が岐建国保の被保険者で、妻も岐建国保の被扶養者の方
□ 入院領収書（入院治療がわかる医療明細書）の写し
②、①以外の方
□ 入院領収書（入院治療がわかる医療明細書）の写し
□ 妻の戸籍抄本（原本）
□ 妻の所得課税証明書（入院月の該当年度の証明書）

※共済金の申請期限は発生から3年以内です。
※毎年6月から翌年5月の入院で1回のみ請求となります。

所属総支部名	総支部	所属支部名	

振込を希望する銀行等の名称		
金融機関名 本支店名	預金の種類	普通・当座
	口座番号	店番号　口座番号 ―
	組合員名義	**カタカナのみで記入**

〈共済金請求に伴う個人情報の取扱いについて〉
共済金支払請求書に記載されている個人情報、添付いただいた書面に記載されている各個人情報を含め、取得した個人情報は、法律で定められた場合を除き、共済金支払いの適否に関する範囲に限ってのみ利用し、他の目的には利用いたしません。

2021年7月改定