

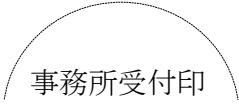
決	委員長	財政部長	書記長	次長	次長	担当
裁						

妻（扶養）の入院見舞金支払請求書

金 5,000 円也

上記の金額を請求します

申請年月日 年 月 日



組合員 住所

氏名

印

全建総連岐阜建設労働組合県本部

自署または記名押印

執行委員長 様

下記の共済事由が発生しましたので、必要書類を添えて請求します。

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	支部
--------	-----	-------	----

振込を希望する銀行等の名称 金融機関名	預金の種類	普通・当座
	口座番号	店番号 口座番号 -
本支店名	組合員名義	組合員の本人名義を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。