

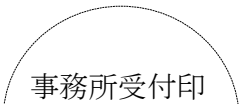
決	委員長	財政部長	書記長	次長	次長	担当
裁						

配偶者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								
配偶者の氏名			配偶者の生年月日	年	月	日		
病院名								
疾病・傷病名								
入院期間	年	月	日	～	年	月	日	(日間)

《添付書類》

①、組合員が岐建国保の被保険者で、配偶者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（配偶者が岐建国保の被保険者の場合も含む）

入院領収書（入院治療がわかる医療明細書）の写し

配偶者の戸籍抄本（原本）

※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。

※通常分娩による入院、日帰り入院の人間ドック等は除きます。

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	預金の種類	普通・当座
金融機関名	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。