

定年退職後医療保障給付申請書

日野自動車福祉共済基金 理事長 殿
下記のとおり給付金を申請します。

【申請書送付先】日野自動車福祉共済基金 事務局
〒191-8660 東京都日野市日野台3-1-1
TEL 042-586-5236

注) 太枠内のみ記入してください

※1 基金固有No.

本人記入欄	本人氏名	住所		電話番号		
	〒					
	日野自動車福祉共済基金 殿 私は日野自動車福祉共済基金が平成9年4月より実施の「定年退職後医療保障制度」に定められた下記給付理由に該当するものと判断し、給付金・見舞金の請求を致します。					
	請求年月日		年	月	日	請求者氏名
	印					
	【給付振込口座】		預金種目	口座番号		口座名義 (フリガナ)
	<input type="checkbox"/> 銀行	支店	<input type="checkbox"/> 普通			
	<input type="checkbox"/> 金庫		<input type="checkbox"/> 当座			
	【給付申請内容】					
	給付の種類 <small>該当項目に✓点を付けて下さい</small>		入院病院又は 医院名	病気又はケガの名称 手術の名称	(入院期間)	
<input type="checkbox"/> 1. 入院給付金 (5日目から給付)				年 月 日～	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 2. 手術見舞金			(手術名)	※2 (診療報酬点数手術区分番号)	(手術日)	
<input type="checkbox"/> 3. 入院見舞金 (270日以上)				(入院期間)	年 月 日～	
<input type="checkbox"/> 4. 死亡又は 重度障害見舞金			死亡の場合：死亡診断書(写しで可)添付 重度障害の場合：医者又は医院の認定証明(写しで可)添付			
病院・医院記入欄	※3 【病院又は医院の証明】 上記給付申請に関する記入事項に誤りなきことを証明致します。					
	住所： 医療機関名： 電話番号： 代表責任者 氏名：					
					年 月 日	
					印	

- 注記 ※1) 基金固有No.とは、会員本人が退職時に日野自動車福祉共済基金から受領した「定年退職後医療保障証書」に記載されている番号です。
 ※2) 手術をした場合は診療報酬点数手術区分番号を必ず記入して下さい。(病院の医事課で確認できます)
 ※3) 上記太線枠内の項目を充足する書類(領収書、診療報酬明細書、他保険請求した証明書類)がある場合、その写しを提出していただく事で代用が可能です。
 ※4) 申請書の提出は退院後3ヶ月以内に行ってください。

給付金支払決議書	給付額：		役職理事印	事務局長印	担当印	受付日付印	支出日付印	
	給付内訳	入院給付金 (対象入院数 日間)	円					
		手術見舞金 点数表・問い合わせ 10倍・20倍・40倍	円					
		入院見舞金(270日以上)	円	資格取得日	年 月 日			
		死亡又は重度障害見舞金	円	資格終了日	年 月 日			