西条商工会議所うちぬき共済制度

病気による入院見舞金申請書兼請求書

申請･請求額	円

上記給付金の支給を受けたく、下記記載事由が事実に相違ないことを証明し、申請及び請求致します。

年　　月　　日

西条商工会議所　　御中

事業所番号	住　　所		
	事業所名		電話番号
	代表者名	㊞	

事　　由

1．　上記給付金該当者

加入者番号		加入者名　　（　　口）
住　　所		

2．　給付金該当事由

傷　病　名		
病院又は診療所	所在地	
	名　称	TEL
	医師氏名	科
入院期間	年　　月　　日～　　年　　月　　日（　　日間）	
添付書類	・医師証明書（写） ・領収書＋退院証明書など病名がわかる書類（写）	

処理欄	受付日			受付番号	
	専務理事	事務局長	事務局次長	課　長	担当者

【入院見舞金の支払】

会議所は、被保険者が保険加入期間中病気にて**５日以上継続**して病院又は、診療所に入院した場合には下記金額を病気入院見舞金として支払います。

但し、この見舞金の支払は事故による通院見舞金を通じて**１年間に１回限り**とします。

（１） この見舞金の支払における１年間とは、うちぬき共済の契約応当日である８月１日から翌年の７月 31 日までとします。

（２） 病院入院が契約応当日をまたいで継続した場合は、入院開始日の年度（前年度）の入院とみなし見舞金を支払います。

（３） 見舞金を請求する権利は、これらを行使することができる時から３年間行使しないときは、消滅します。

（４） 退院日の翌日から１年以内に同一の病気にて再度入院される場合は、前年度より継続入院とみなし、見舞金を支払いません。

見舞金額

支払う入院見舞金の額は、下記の通りとする。

≪５日以上９日以内の入院≫

１口	２口	３口	４口	５口
１０，０００	２０，０００	３０，０００	４０，０００	５０，０００

≪１０日以上の入院≫

１口	２口	３口	４口	５口
２０，０００	４０，０００	６０，０００	８０，０００	１００，０００