

EW友の会入院お見舞金請求書

* 太線枠内ご記入下さい。

営業所コード	代理店コード	チェーン店コード	加入者コード	加入者氏名	加入口数
					口
代理店名及び社印				チェーン店名及び社印または代表者印	
初診日	年 月 日			入院日数	日

お見舞金	日数	口数	1口	2口	3口	4口	5口
	5日～29日		¥30,000	¥35,000	¥40,000	¥45,000	¥50,000
	30日～59日		¥50,000	¥55,000	¥60,000	¥65,000	¥70,000
	60日以上		¥70,000	¥75,000	¥80,000	¥85,000	¥90,000

入院お見舞金		¥	—	左記入院お見舞金を請求致します。	
請求年月日		年	月	日	お見舞金振込口座指定欄
加入者(受取人)		銀行		支店	
氏名		コード ()		コード ()	
印		預金種目	普通 当座	口座番号	
(受取人氏名は口座名義と同一の氏名をご記入ください)		口座名義	(カナ)	-----	
			(漢字)	-----	

営業所処理欄(営業所取次ぎの場合必ず記入下さい)			EW友の会事務局処理欄				
営業所名	営業所		受付日付	検印	担当印	支払処理	
日付	検印	担当印				入院お見舞金	
						処理日付	/ /

【入院お見舞金に関するご注意】

- ①年間お支払限度額 1口:¥140,000 2口:¥150,000 3口:¥160,000 4口:¥170,000 5口:¥180,000とさせていただきます。
- ②お支払対象 入院期間5日以上で退院日から1年以内のご請求分を対象といたします。
- (入院日及び退院日時点でES友の会福祉制度ご加入が条件)
- ③入院お見舞金の請求は退院されてからお願い致します。但し、60日以上入院は入院期間中でも 請求して頂けます。
- ④同一の病気・ケガの入院日数は通算します。別途再請求は前回の退院から再入院の間に1年以上の期間がある事が必要です。
- ⑤異なる病気・ケガ等の入院日数の合算は出来ません。
- ⑥入院後病院で死亡された場合、入院お見舞金は無効となり、死亡保険金のご請求案件となります。(入院お見舞のお取扱は致しません)

【証明書類に関するご注意】

※入院お見舞金請求には、「退院証明書」の写しや診断書の写しなど病院発行の入院期間のわかる書類の写しを添付お願いします。
本請求のために有償で診断書をとられた場合でも文書料の給付はいたしません。

【申請～給付のお手続きの流れ】

- ①見舞請求書(本紙)および入院期間を証明する書類をEW友の会事務局にご提出ください。
- 書類送付先: 〒571-8686 大阪府門真市大字門真1048番地 正門別館 EW友の会事務局宛
- ②事務局にて入院日数を確認しお見舞金額を決定後ご指定口座に振り込みます。
- ※原則的に、請求書類が不備無く事務局到着した場合、翌月末までにお見舞金をお振込いたしますので
遅延の場合事務局にご確認ください。【EW友の会事務局】TEL:050-3786-8700