

保険証記号番号		長期入院見舞金請求書			
-					
入院者氏名		加入員との続柄			
傷病名	1	2	3	4	
入院期間	入院日 年 月 日から 退院日 年 月 日まで ( )日間 または、 年 月 日現在入院中				
入院した医療機関名					
<p>上記のとおり入院したので、共済給付金規程に基づき長期入院見舞金を請求します。</p> <p>HOYA福祉共済センター理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">【振込口座(加入員名義口座)】</p> <p>加入員氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">Ⓜ</p> <p>加入員住所 _____</p> <p style="text-align: right;">銀行名 _____ 銀行</p> <p style="text-align: right;">支店名 _____ 支店</p> <p style="text-align: right;">普通預金口座No. _____</p>					

(注)この請求書は、傷病のため継続して30日以上入院したときに支給される長期入院見舞金を請求するためのものです。

※HOYA福祉共済センターは、本請求書に記載された個人情報共済給付のお支払い以外の目的には利用いたしません。

※本請求書はHOYA健康保険組合経由でご提出ください。

## 支 給 決 定 書

伺年月日	年 月 日	決 裁	専務理事	事務長	担当者
決定年月日	年 月 日				
加入員資格	取得 年 月 日 喪失 年 月 日				
被扶養者認定日	年 月 日	主傷病名			
対象期間	年 月 日～	年 月 日	支給金額	円	