

保険証記号番号
-

差額ベッド給付金請求書 第()回

下記のとおり差額ベッドを利用したので、共済給付金規程に基づき差額ベッド給付金を請求します。

HOYA福祉共済センター理事長 殿

【振込口座(加入員名義口座)】

加入員氏名

銀行名

銀行

加入員住所

支店名

支店

普通預金口座No.

加入員・医療機関 記載欄

入院者	氏名	差額 ベ ッ ド 料	対象 日数	一日当り 差額料金	一日当り 消費税	領収金額
	加入員との続柄					
傷 病 名	1 _____					
	2 _____					
	3 _____					
自 _____年 _____月 _____日 至 _____年 _____月 _____日 日数 _____ 日間		上記のとおり領収したことを証明します。 _____年 _____月 _____日 医療機関名 _____ (印)				

(注) 医療機関の証明を受けるか領収書を添付してください。

※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。

※給付日数は183日とする。

支給決定書

同年月日	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	給付経過	前回までの給付実日数 日間		
対象期間	年 月 日～	年 月 日	支給金額	円	
単価×日数＝					