パナソニックEW友の会　御中

（書式：入院C-DC　202204改訂）

EW友の会入院給付金給付請求書

＊　太線枠内ご記入下さい。

営業所ｺｰﾄﾞ	代理店ｺｰﾄﾞ	ﾁｪｰﾝ店ｺｰﾄﾞ	加入者ｺｰﾄﾞ	加入者氏名	加入口数
					口

代理店名及び社印	チエ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

給付金	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	

入院給付金　　￥　　.－　　左記入院給付金を請求致します。

請求年月日　　年　　月　　日

加入者（受取人）

氏名　　印

（受取人氏名は口座名義と同一の氏名をご記入ください）

給付金振込口座指定欄		
銀行 コード（　　）	支店 コード（　　）	
預金種目	普通 当座	口座番号
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）

営業所名	営業所		EW友の会事務局処理欄				
日付	検印	担当印	受付日付	検印	担当印	支払処理	
						入院給付金	
						処理日付	／　／

【入院見舞金に関するご注意】

①年間給付限度額　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給付対象　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入院給付金の請求は退院されてからお願い致します。但し、60日以上の入院は入院期間中でも　請求して頂けます。

④同一傷病等での再入院、再請求の場合は、前回の退院から再入院の間に、6ヶ月以上の正常勤務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、入院給付金は無効となり、死亡保険金のご請求案件となります。（入院給付のお取扱は致しません）

【証明書類に関するご注意】

※入院給付金請求には、「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給付請求書（本紙）および入院期間を証明する書類をES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4F　EW友の会事務局宛**

②事務局にて入院日数を確認し給付金額を決定後給付金を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、翌月末までに給付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**