

## 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
123	456	00123	123456	松下 太郎	1 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		
松下電機販売株式会社 <small>※チェーン店様からのご請求の際はこの欄は省略可能です</small>			松下電機工事株式会社		
初診日			年 月 日		入院日数
					38 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		¥50,000	.-	左記入院給付金を請求致します。	
請求年月日		2022 年 8 月 1 日		給付金振込口座指定欄	
加入者(受取人)		氏名 松下 太郎		〇〇 銀行	□□ 支店
		印		コード ( 0123 )	コード ( 012 )
(受取人氏名は口座名義と同一の氏名をご記入ください)		預金種目	普通 当座	口座番号	1234567
		口座名義	(カナ) (漢字)	マツシタ タロウ 松下 太郎	

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				入院給付金
						処理日付 / /

## 【入院見舞金に関するご注意】

- 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。
- 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)
- 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日以上入院は入院期間中でも 請求して頂けます。
- 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。
- 異なる病気・ケガ等の入院日数の合算は出来ません。
- 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】

- 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
- 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