

グループ共済保険

《給付請求依頼書》

大成有楽不動産株式会社 保険部
TEL : 050-1807-5622
FAX : 03-3564-0798

依頼日	20 年 月 日		
従業員氏名	フリガナ	従業員番号	
	氏名		
勤務先名		連絡先電話番号	
給付対象者	フリガナ	※加入者本人との続柄 本人 ・ 配偶者 ・ 子 ・ 親	
	氏名		
今回の請求	【グループ共済保険】 3 型（入院保障プラン） ・ 3 型万全プラン ・ 4 型（がん・急性心筋梗塞・脳卒中） / 不明		
請求事由	病気 ・ ケガ（交通事故 ・ その他の事故等）		
受診日 （事故発生日）	年 月 日	※不明な場合はご記入不要です	
初診日	年 月 日	※不明な場合はご記入不要です	
傷病名	※不明な場合は病状などをご記入下さい		
病院名			
入院期間	入院中・予定・退院		
	① 年 月 日 ～ 年 月 日	日間の入院（予定）	
	② 年 月 日 ～ 年 月 日	日間の入院（予定）	
手術 〔万全プラン 加入の 場合のみ記入〕	無 ・ 有 ➡	手術日	年 月 日
		手術名	※手術によっては給付対象外のものもあります
他生命保険 会社での請求	無 ・ 有		
送付先住所	自宅 } 会社 }	〒..... Tel.....	
備考			