長期生命共済(死亡,重監監書)共済金請求書

医治療期間     初診令和年月日~令和年月日       の 入院期間     1回目令和年月日~令和年月日       2回目令和年月日~令和年月日       3回目令和年月日~令和年月日       死亡年月日令和年月日       死亡年月日令和年月日       病院又は所在地診療所の所在地診療所の所在地下療験場名       電話     医師氏名       防衛省職員生活協同組合理事長殿上記のとおり、(入院)(死亡)(重度障害)共済金の支払を請求します。なお、	月 日 月 日 月 日 月 日							
# 2 本人・配偶者 ロ ロ 平・令 年 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	日 月 日 日 月 日							
約者     大名     生年月       大名     男・女 昭・平 年       東大名     世別 生年月       地方     世別 生年月       患者氏名     男・女 昭・平 年       優病名     受傷(発病) 年月日       金額     年月日       金額     一十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十	月 日 日 月 日 月 日							
大   1	月月日							
思者氏名	月日日							
傷病名       受傷(発病) 年月日       令和 年月日         医 治療期間 初診 令和 年月日 今和 年月日 今和 年月日 今和 年月日 今和 年月日 退院       1回目令和 年月日~令和 年月日 退院         の 入院期間 2回目令和 年月日~令和 年月日 退院         3回目令和 年月日~令和 年月日 退院         明 死亡年月日 令和 年月日 令和 年月日 令和 年月日 令和 年月日 宗統固定年月日 令和 年月 医療機関名         電話       医師氏名         防衛省職員生活協同組合理事長 殿上記のとおり、(入院) (死亡) (重度障害) 共済金の支払を請求します。なお、	月日							
<ul> <li>傷病名</li> <li>佐 治療期間 初診 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 終診</li> <li>か 1回目 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 退院</li> <li>び 2回目 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 退院</li> <li>3回目 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 退院</li> <li>死亡年月日 令和 年 月 日 電度障害 令和 年 月 日 虚院</li> <li></li></ul>	してください。							
医治療期間     初診令和年月日~令和年月日       の 入院期間     1回目令和年月日~令和年月日       2回目令和年月日~令和年月日       3回目令和年月日~令和年月日       死亡年月日令和年月日       死亡年月日令和年月日       病院又は所在地診療所の所在地診療所の所在地下療験場名       電話     医師氏名       防衛省職員生活協同組合理事長殿上記のとおり、(入院)(死亡)(重度障害)共済金の支払を請求します。なお、								
の 入院期間       2回目 令和 年 月 日 少 令和 年 月 日 退院         証       3回目 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 退院         明 死亡年月日 令和 年 月 日 重度障害 症状固定年月日	現在加療中							
証     3回目令和年月日     年月日     日本月日     日本日日     日本日日日     日本日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日	入院中							
明     死亡年月日     令和     年     月     重度障害 症状固定年月日     令和     年       病院又は 所 在 地 診療所の	入院中							
明	入院中							
欄 病院又は 所 在 地	月 日							
医療機関名 電 話 医師氏名 	日							
防衛省職員生活協同組合理事長 殿   上記のとおり、(入院)(死亡)(重度障害)共済金の支払を請求します。なお、								
防衛省職員生活協同組合理事長 殿   上記のとおり、(入院)(死亡)(重度障害)共済金の支払を請求します。なお、								
上記のとおり、(入院)(死亡)(重度障害)共済金の支払を請求します。なお、	医肺氏名							
請								
X   E   II	- · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·							
<b>記</b> 口座名義(カタカナ)       (左づめで記入、姓と名の間を一文字空ける)								
横	テコード							
振     外     普通預金     本 店       込     口座番号     支 店       先     (右づめで記入)     出張所								
すり     コード     通帳記号     通帳番号(右づめで記入)       銀ち行よ     9900     1     0     の	支店コード							

年 月 日、請求者が自署されたことを確認しました。

記。	入例」	長期生	命共済(	ス 院 死亡・重度	) <sub>障害</sub> )共済会	<b>企請求書</b>	
11.	契 約 者 番 号		契約コース 保		院	保障開始年月日	
               	3 5 5	8 8 0 0 0	(2) 本人	・配偶者	2 3		
約者	フリガナ 氏 名	セイキョ	多大	郎	性 別 男 · 女	生年 ) 昭・平 <b>40</b> 年	月日 三 <b>9</b> 月 <b>15</b> 日
	フリガナ	セイキョ	ウ ハナ	- ]	性 別	生 年	月日
	患者氏名	生	協老	子	男・女	图 平 43 年	- 6月 8日
	傷病名	+=	指腸潰	殤	受傷(発病)年月日	令和 年	月日
医	治療期間	初 診 令和	年 月	日 ~ 令和	n 年 月	1 1	た〇をしてください。
師		1回目 令和	年 月	日 ~ 令和	n 年 月	日退	院)(入院中)
の	入院期間	2回目 令和	年 月	日 ~ 令和	in 年 月	日退	院)(入院中)
証		3回目 令和	年 月	日 ~ 令和	in 年 月	日 退	院)(入院中)
明	1/	4日以内	(保)	盟始日	カトラ	<b>在経過</b> 2	<b>名</b> に」
欄		に開始し入院の場		_		30日以	内)
請	上記の ついて責 この複写 住 所	戦員生活協同組合理 のとおり、 (入院 資組合に関係する すも同じ効力を有 〒***-***	)(死亡) 者が病院又は することを認 * - () *:	は診療所等に	直接照会・確認 計正の場合は、記 付近に訂正署名(ス	T正箇所を二重線で抹 フルネーム)をご記入 今和 <b>3</b> 年 よ よ	は諾します。 消のうえ、訂正箇所
水 者記	電話 _	<u>***-***ー*</u> E名義(カタカナ)	セイ			ウ	
入欄。	<b>どちらかを記</b>	金融機関名	(	0 0	銀	行・信用金庫 組合・農協 1	銀行コード <b>2 3 4</b>
		普通預金 口座番号 (右づめで記入) コード	<b>1 2 3</b> 通 帳	3 <b>4 5</b> 記 号	6 7 C		<u> </u>
	<b>入</b> ゆうちょ	9900	1 0 1		の <b>1 2</b>	3 4 5	6 7 1
	掲者の契約組 対者死亡時の	継続希望 請求のみ記入)	る)・しない	事務局記入欄	F 月 日、請求者	音が自署されたことを	確認しました。(印)