

【別表1】

| |
|---------|
| 請求書整理番号 |
| ※ - |

メディカル（医療）・入院共済 給付請求書（本人用）

| | |
|-------|-------|
| 申請年月日 | 年 月 日 |
|-------|-------|

| | | | | | | | |
|------|---|---|-------|---|---|-----|--|
| 運営委員 | ※ | 印 | 運営委員長 | ※ | 印 | 共済会 | |
|------|---|---|-------|---|---|-----|--|

| | | | | |
|--------------------|--|------|--------|------|
| 氏名 ^{フリガナ} | | (西暦) | 年 月 日生 | 性別 |
| 請求者 | | 印 | 生年月日 | (歳) |
| | | | | 男 女 |

| | | |
|----------------|-----------|--------------|
| 分会名 (出向会社名) | 会社 部署名 | 勤務先連絡 () |
|----------------|-----------|--------------|

| | | | |
|-------|-----|------|-----|
| 緊急連絡先 | () | 電話番号 | () |
|-------|-----|------|-----|

| | | | |
|-----|-----|------|---------|
| 現住所 | 〒 - | 都道府県 | 市区 郡 |
|-----|-----|------|---------|

| | | | | |
|------|------|-----------|-------|------|
| 振込口座 | 労働金庫 | 支店 出張所 | 口座名義人 | フリガナ |
| 口座番号 | | 預金種類 | 普通 当座 | |

●振込先は原則労働金庫です。労働金庫以外の金融機関に振込む場合は、振込手数料は請求者負担とします。

※印については、本人記入不要です。

<1.メディカル共済>

| | | | | | | |
|-----|-------|---|-------|---|-------|---|
| 医療費 | 年4月分 | 円 | 年5月分 | 円 | 年6月分 | 円 |
| | 年7月分 | 円 | 年8月分 | 円 | 年9月分 | 円 |
| | 年10月分 | 円 | 年11月分 | 円 | 年12月分 | 円 |
| | 年1月分 | 円 | 年2月分 | 円 | 年3月分 | 円 |

<2.入院共済>

| | | | | |
|------|---------|-------------|----|--|
| 入院期間 | 年 月 日 ~ | 年 月 日 (日間) | 病名 | |
| 入院期間 | 年 月 日 ~ | 年 月 日 (日間) | 病名 | |

●検査入院や人間ドッグは対象外です。

備考欄

