

保険給付金請求連絡票

連絡日 年 月 日

勤務先 _____ 組合員名 _____

所属コード _____ 組合員番号 _____

《グループ保険 総合医療サポート 医療プラン 三大疾病》

①保障を受けられる方はどなたですか？

氏名 _____ 続柄 本人 ・ 配偶者 ・ 子供

②病名をお知らせください。また、三大疾病の場合は診断日もお教えてください。

病名 _____

診断日 _____ 年 月 日

③集中治療室での治療はございましたか？

有 ・ 無

④入院期間（予定）、手術の有無および手術名をお教えてください

・入院 有 ・ 無

有の場合 ⇒入院期間（予定） _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日

・手術 有 ・ 無

有の場合 ⇒手術名称 _____

⑤保険金給付金請求書類の送付先

勤務先 ・ ご自宅

《積立年金》

①積立年金の払い出し方法

一部 ・ 全部

②積立年金請求書類の送付先

勤務先 ・ ご自宅