

# 入院見舞金請求書

ひまわり共済会 御中

- ・ひまわり共済会の規定により死亡弔慰金・入院見舞金の支払いを請求します。
- ・入院見舞金は、下記の振込先口座へお支払いください。振込先口座への振込みをもって支払いがなされたものと認めます。
- ・本件請求に関連してひまわり共済会が必要とする情報または資料について、ひまわり共済会またはその代理人が病院、医師、消防署、地方自治体その他関係諸機関へ照会することを承諾します。尚、本書の写真複写も本書と同じ効力があることも了承します。
- ・個人情報の利用目的が次の内容であることを確認しました。
  - ①共済契約の引受・維持・管理 ②共済会の支払い ③関連会社・提携会社を含めた各種商品・サービスの案内・提供・管理
  - ④ひまわり共済会業務に関する情報提供・運営管理・商品・サービスの充実 ⑤再保険契約の締結、再保険契約に基づく通知および再保険金の請求
  - ⑥その他共済事業に関連・付随する業務

また、これらの利用目的のために個人情報を次の場合に第三者に提供することを同意します。

- ①法令に基づく場合 ②業務遂行上必要な範囲で、委託先に取扱を委託する場合 ③再保険契約に伴い当該情報を提供する場合
- ・ひまわり共済会が共済業務の適切な運営を確保する必要性から業務上必要な範囲で、保健医療情報などの機微(センシティブ)情報を取得し、利用することについて同意します。

申請日	年 月 日	種類	入院見舞金
-----	-------	----	-------

共済会員名	社員番号:	氏名:
-------	-------	-----

請求対象者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者(氏名: ) <input type="checkbox"/> 子(氏名: )
-------	---

入院期間	年 月 日 から 年 月 日 ( 日間)
------	----------------------

振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店	預金 種目	普通	口座 番号	*右づめでご記入ください。			
	金融機関コード	店番								
	ゆうちょ銀行 (9900)		記号	1		0	番号			
口座名義人	フリガナ 様									

申請者	住所	〒 -								
	連絡先 ※	メールアドレス								
		携帯電話番号 ( )								
氏名	フリガナ	様 印			被共済者 との関係	① 本人 ② その他				

※審査に必要な確認事項が発生する可能性がありますので、メールアドレスと携帯電話番号をご記載下さい。

担当者印	決裁者印	受付印
------	------	-----