

グループ保険申請 連絡票

学生協受付欄

フリガナ 本人氏名 (掛金負担者)	
被保険者番号 (職員番号)	区分
分会名 (学校名)	
分会番号 (学校番号)	
フリガナ	区分(○をつけて下さい)
該当者名	本人 / 配偶者 / 子供

学生協使用欄[記入不要]		
新規加入年月	当年コース	
	前年コース	

・被保険者番号及び分会番号を右詰めで記入
 ・区分は未記入でお願い致します

病気による入院	チェック欄
病気による5日以上入院	
病気による5日未満入院	

* 病気による入院日	入院日	年 月 日 ~	年 月 日	手術の有無 有・無
	入院日	年 月 日 ~	年 月 日	手術の有無 有・無
	入院日	年 月 日 ~	年 月 日	手術の有無 有・無
	入院日	年 月 日 ~	年 月 日	手術の有無 有・無
	入院日	年 月 日 ~	年 月 日	手術の有無 有・無
	入院日	年 月 日 ~	年 月 日	手術の有無 有・無

※病気による通院給付は非該当です
 ※外来手術は非該当です

急激かつ偶発的な事故または怪我	チェック欄
急激かつ偶発的な	*手術(事故連絡票に詳細を記入)
事故/怪我	*入院(事故連絡票に詳細を記入)
注意(2)参照	*通院(事故連絡票に詳細を記入)

備考(連絡事項があればご記入下さい。)

給付事由	チェック欄
高度障害	*事故/怪我が原因の場合は事故連絡票が必要
死亡	*事故/怪我が原因の場合は事故連絡票が必要

注意(1)一つの給付事由につき、その都度FAX願います。

(2)上記(*)の請求については、別紙「事故連絡票」についてもご記入の上FAX願います。

◎死亡の場合は、下記欄についても記載願います。(該当欄を○で囲んで下さい。)

死亡日	死亡原因	死亡前入院	入院日数
年 月 日	病気 / 事故	有り / 無し	日

*自宅送付希望の方は自宅住所をご記入ください。

*保険金(死亡・高度障害)請求の場合は自宅住所必須

自宅の住所	住所(〒 -)	電話番号()
-------	----------	---------

学生協使用欄	受取人
--------	-----

申請書No.