

# 保険金・給付金請求連絡票

連絡日 年 月 日

組合員名 (カタカナ)	苗字のみ記入	職員番号	
連絡先	TEL	勤務先	・ 自宅 ・ 携帯

【グループ共済・総合医療サポート・医療費給付・医療プラン・重病克服支援制度】

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		
入院期間(予定)をお教えてください。※これから入院、退院・手術される方等は予定日で結構です。			
入院日	年 月 日 ~	手術日 ( 有 ・ 無 )	日帰り
退院日	年 月 日	年 月 日	
ご請求の原因を1つ○で囲んで選択ください。			
乳がん	女性特有のがん	上皮内新生物	その他のがん
急性心筋梗塞	脳卒中	糖尿病	肝硬変
交通事故	交通事故以外の事故(ケガ)	高血圧	腎不全
その他の病気	その他(不明等)	女性特有の病気(子宮筋腫・卵巣のう腫等)	
他社への保険請求はありますか？		有 ・ 無	
※ 有り → 診断書が必要な時コピーで代用できる場合があります。			
保険金給付金請求書の送付先	所属所 ・ 自宅		
ご自宅の場合は送付先をお教えてください。	〒		

こちらの連絡票で不明点がありましたら、再度ご確認をさせていただきますのでご了承ください。

鹿児島県学校生活協同組合 グループ共済担当

FAX 0120-15-3194



番号をお確かめの上送信ください