

新型コロナウイルス感染症専用 入院給付金・入院支援給付金請求連絡票

連絡日 年 月 日

(職員番号) 組合員名	()	所属所	
連絡先	TEL	勤務先 ・ 自宅 ・ 携帯	

【総合医療サポート・医療費給付・医療プラン分】 ※【所得補償制度：療養期間 8 日以上の方】

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
入院期間をお教えてください。	
年 月 日 ~ 年 月 日	
※自治体・保健所の判断により、宿泊施設や自宅療養された方はこちらへご記入ください。	
宿泊療養した期間	年 月 日 ~ 年 月 日
自宅療養した期間	年 月 日 ~ 年 月 日
保険金・給付金請求書を送付します。 自治体・保健所等の証明書や就業制限通知および就業制限解除通知等(※療養した期間がわかる証明書)でお取扱いできる場合がありますので、お手元での保管をお願いします。 ※My-HERSYSによる療養証明(画面)でもお取り扱い可能です。(ご登録： 有 ・ 無)	
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。
 「グループ共済」「きずな」「重病克服支援制度」「就業不能サポート制度」にご加入の方でご請求事由が発生した場合には学校生協までご連絡をお願いします。 TEL:099-225-2666

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