

コミュニティユニオン東京 入院見舞金給付申請書

コミュニティユニオン東京 御中

下記のとおり給付事由が発生しましたので、必要書類（医療機関の領収書、医師に問うことについての同意書）を添えて入院見舞金の給付申請をいたします。

<書類送付先>

〒170-0005 東京都豊島区南大塚 2-33-10 東京労働会館1階 コミュニティユニオン東京

| | | | | |
|-------|---|---|---|--|
| 給付申請日 | 年 | 月 | 日 | |
| 支部名 | 組合員氏名 (印) | | | |
| 組合員住所 | 生年月日 西暦 年 月 日 | | | |
| 電話番号 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------|------------------|-----|-----|---|---|---|---|----------|----------|
| 入 院 | (傷病名) | | | | | | | | |
| | (原因) | | | | | | | | |
| | 入院期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | (日間) |
| | (入院した医療機関名・電話番号) | | TEL | | | | | | |
| 入院期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | (日間) | |
| (入院した医療機関名・電話番号) | | TEL | | | | | | | |

ご提出いただいた書類にもとづき認定委員会等で審査のうえ給付金額を決定し給付決定通知書にてお知らせいたします。

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| <p>(CU 東京使用欄)</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | <p>共済金合計額</p> <p style="text-align: right;">円</p> |
| | | | | | | | | | |