

県歯新共済入院共済金支給について

※4 日以上(免責 3 日間) 入院された場合に以下の金額が支給されます。
(年間 120 日限度、5 年間で通算して 360 日分を限度とする)

74 歳以下	入院 4 日目より一日につき 13,000 円
75 歳～79 歳	入院 4 日目より一日につき 6,000 円
80 歳以上	入院 4 日目より一日につき 5,000 円

記入方法

岡山県歯科医師会厚生部共済事業部会
県歯新共済入院共済金支給申請書

岡山県歯科医師会長 殿 年 月 日

下記のとおり共済金の支給を申請します。

地区名	氏名	年齢	満	才
常病名				
入院期間	年 月 日より 年 月 日まで			
請求者 住 所 氏 名 電話番号				

※入院期間のわかる書類(領収書、明細書、退院証明書等)の添付をお願いします(コピー可)。
親などが親しい場合は入院された病院の療養担当者が必要事項を記入して貰ってください。

傷病名	
入院期間	年 月 日より 年 月 日まで
上記のとおり入院したことを証明する。 医療施設名 住 所 療養担当者	

入院共済金のお振込先

振込先	銀行	支店
預金種別 口座番号	普通・当座 No.	
フリガナ		
口座名義		

※ご申請後3営業日以内に入院共済金に承認が完了後、銀行振込でご送金致しますので振込口座をご記入ください。必ずようお願い申し上げます。

請求者を書いていただく欄です。

入院された病院の療養担当者に記入していただく欄です。記入していただくのが難しい場合は入院期間のわかる書類(領収書、退院証明書等)のコピーの添付でも可能です。

原則として会員ご本人の口座をご記載ください。
(口座がない場合は、要相談。)