

「医療共済制度」(全員加入・任意加入)  
 「60歳以降積立型医療共済制度」(任意加入)  
 の兼用の申請書です。

申請 一時保存

【三越伊勢丹グループ医療共済制度(60歳以降積立型医療共済制度)給付申請書】

1. 申請者情報

申請日	自動的に入力されます	案件番号	自動的に入力されます
社員コード	自動的に入力されます	企業	自動的に入力されます
氏名		所属名	
内線	801-12-345	外線	090-1234-5678 <b>※内線はホールダイヤルから入力してください</b>

内線がない場合は空白で構いませんが、右の「外線」を必ず記入してください。

業務用携帯、個人携帯でも構いません。(連絡がとりやすいものをお願いします)

2. 申請内容

※申請対象や必要書類はこちらをご覧ください。  
 ※休職されている方の申請方法については、共済会におたずねください。  
 ※60歳以降積立型医療共済制度(積立が完了した方)に同時にご申請ができません

<入院・手術・通院・長期入院給付金>  
 申請する給付金にチェックを入力してください。

<上乗せ入院・先進医療保障・三大疾病給付金>  
 任意で加入されている方は申請する給付金にチェックを入力してください。

<input checked="" type="checkbox"/> 入院給付金	<input checked="" type="checkbox"/> 手術給付金	<input checked="" type="checkbox"/> 通院給付金	<input type="checkbox"/> 長期入院給付金	<input checked="" type="checkbox"/> 上乗せ入院給付金
<input type="checkbox"/> 先進医療保障給付金	<input type="checkbox"/> 三大疾病給付金	<input type="checkbox"/> 60歳以降積立型医療共済(入院給付金)	<input type="checkbox"/> 60歳以降積立型医療共済(手術給付金)	

2-1. 申請者

自宅(携帯)電話番号 *	09087654321
メールアドレス *	ise_hanako@isetanmitsukoshi.co.jp
メールアドレス(確認) *	ise_hanako@isetanmitsukoshi.co.jp
住所 *	東京都新宿区新宿3-14-1

- (ハイフン)を入れず、10ケタもしくは11ケタで入力してください。  
 ※給付金額についてはメールにてお知らせいたします。  
 携帯キャリアメールアドレスの場合、メールが届かない可能性があるため、PCメールアドレスを入力してください。  
 ※再度入力してください。

<60歳以降積立型医療共済(入院・手術給付金)>  
 任意で加入され積立が完了されている方(60歳以降)は申請する給付金にチェックを入力してください。

2-2. 受診者

氏名 *	伊勢 花子
続柄 *	本人
生年月日 *	1990/01/20
病名 *	急性虫垂炎
入院期間①	2021/10/15 - 2021/10/20
入院期間②	

※共済会加入の申請者との関係  
 例)1990年1月20日生まれの方は1990/01/20と入力してください。

社用メール、個人メール(yahooメール、Gmail等)のどちらでも構いませんが、携帯キャリアメール(@docomo、@au、@softbank等)は避けてください。

入院期間③  31  -  31

入院期間④  31  -  31

入院期間⑤  31  -  31

手術名①

手術日①  31

手術名②

手術日②  31

2-3. 共済会員本人名義の口座

銀行名 \*

金融機関コード \*

銀行店番 \*  ※3ケタで入力してください

支店名 \*

口座番号 \*  ※7ケタで入力してください

口座名義(カタカナ) \*  ※カタカナで記載してください

同意項目

三越伊勢丹グループ共済会が、給付支払いの目的の範囲内で、医療機関から医療情報を直接取得・利用することに同意します。尚、本同意書は給付金支払完了後に効力を失うものとします。

医療機関 御中

チェックを入力してください。

上記受診者の貴院・貴診療所での受診に関して、三越伊勢丹グループ共済会および契約に基づく業務委託会社による医療情報に関する照会があったときには、ご対応いただくことに同意します。

上記確認しました。

2-4. 退院後の通院情報

- ※こちらを記入する方は「入院期間」も入力を行ってください。
- ※月毎に通院した日付を入力してください。(例:4/1、4/15)
- ※「5日以上の入院後の通院が対象となります。」  
(入院前・4日以内の入院後の通院は対象外です)
- ※病院ごとにまとめて記載してください。(同じ月に2か所の病院に通院した場合はその月は2行にして病院ごとに通院日を入力してください)
- ※60歳以降積立型医療共済制度は「通院給付金」の対象外です。

+ 追加 - 削除 下向き三角マーク フィルター: OFF

通院(年)	通院(月)	通院の日数	通院日	病院名

①「+」をクリックしてください。  
(右のウィンドウが開きます)

+ 追加 - 削除 フィルター: OFF

	通院(年)	通院(月)	通院の日数	通院日	病院名
1	2021	10月	2	10/22, 10/29	日本橋総合病院
2	2021	11月	1	11/19	しんじゅくクリニック

②「+」をクリックしてください。(「+」をクリックするごとに行が追加されます)

③通院年、通院月、通院の日数、通院日、病院名を入力してください。

合計通院日数 \*

※通院日数の合計を入力してください

## 2-5. 通院した病院または診療所

名称 \*

※通院した病院が複数ある場合はご記入ください

所在地 \*

電話番号 \*

-(ハイフン)を入れず、10ケタもしくは11ケタで入力してください。

治療医 \*

名称②

所在地②

電話番号②

-(ハイフン)を入れず、10ケタもしくは11ケタで入力してください。

治療医②

名称③

所在地③

電話番号③

治療医③

-(イフン)を入れず、10ケタもしくは11ケタで入力してください。

注意事項

1. 通院給付金のお支払い対象は、「医療共済制度(全員加入)の入院給付金に該当する入院をし、その疾病及び傷害の治療を目的とした通院(退院後120日以内)」です。治療を目的としない通院(診断のための検査通院、治療措置を伴わない薬剤の受け取りのみ等)の場合や入院前の通院は通院給付金の対象外となります。

2. 申請にはこの通院状況報告書のほか、通院日が明記された治療費の領収書(コピー)が必要です。ご提出いただいた書類で通院状況が判りかねます時は、下記同意書に基づき治療を受けられた上記の病院などに内容をお伺いする場合がありますのでご承知おきください。

上記確認しました。

チェックを入力してください。

申請に必要な添付書類

※必要な添付書類はこちらを必ず確認してください。  
 ※不鮮明・読み取れない場合は再度提出をお願いする場合があります。  
 ※添付書類が複数場合は日付順に向きを揃えてスキャン、添付していただきますようご協力をお願いします。

領収書、診断書(手術を受けた場合)等を添付してください。

ファイル名	備考	更新日	+
-------	----	-----	---

①「+」をクリックしてください  
(下のウィンドウが開きます)

<「通院給付金」のみの申請の場合>  
 項目2-2の「入院期間(①~⑤)」の入力が必要です。(入院期間が入力されていないと「ファイルアップロード」のウィンドウが開きません)

②「+」をクリックして領収書・診断書等のPDFファイルを選択してください。

③「開始」をクリック。

④ファイルが複数ある場合は、「+」を再度クリックして添付するか、あらかじめzipファイルにしておけば一度に添付できます。

3. 共済会備考欄

ファイルアップロード

+ ファイル追加...

備考

処理履歴

<添付ファイルについてのお願い>

- ・できるだけPDF形式をお願いします。
- ・写真の場合は「鮮明に」「台形にならないように」撮影してください。
- ・書類の端が切れないようにしてください。(スキャナーは端を読み取れないことがあります)
- ・複数の領収書等を1ファイルに収める場合はA4サイズの中に2枚程度までにしてください。(例:A5サイズ2枚をA4サイズ1枚にまとめる) また、その場合「向き」を揃えてください。
- ・領収書は必ず日付順に添付してください。
- ・ファイルが不鮮明、端が切れているなど場合は差戻しさせていただく場合もあります。

一時保存

申請

「申請」をクリックして完了です。