

# 【共済制度】三大疾病見舞金 申請書

手書専用 必要事項を記入のうえ、右記の提出先にご提出ください。

提出先	GROP・E係
申請期限	診断確定日から1年以内 (退会者は退会日まで)

- 申請について ● 下記<個人情報の取扱いについて>に同意のうえ、必要事項をご記入ください。
- 給付について ● 原則、前月11日～当月10日までにGROP・E係に届いた申請書について、その月の月末に振込みます。
- イーライフクラブからの給付金は、給与口座に振込みます。会社からの給付がある場合の振込みについては、会社にご確認ください。

会社名				申請日	20	年	月	日
* 出向中の方：出向先会社名 ( )				会員番号	* 出向の方は、出向元の事業所の番号をご記入ください。 * 事業所番号は、Webページでご案内しています。			
部署名・施設名					事業所番号	個人番号(社員番号・社員ID等の数字のみ) * 右ツメ		
戸籍氏名	セイ	メイ	姓	名				
社内通称				* 社内で旧姓など、戸籍名と違う氏名を使用している方のみ	電話番号	* 該当するほうにチェック回してください <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 個人		
振込案内送付先住所(国内のみ)	* 該当するほうにチェック回してください <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	郵便番号	フリガナ		* 平日の日中に連絡可能なものに限り ( - - )			
勤務先に送付の場合の宛名	会社名	部署名・施設名		送付先氏名				

## 会員本人の疾病のみ

診断確定日	20	年	月	日
傷病名 * 該当するものにチェック回してください	<input type="checkbox"/> がん(悪性新生物)	<input type="checkbox"/> 急性心筋梗塞		
	<input type="checkbox"/> 上皮内がん(上皮内新生物)	<input type="checkbox"/> 脳卒中※		

※脳卒中…脳梗塞(脳血栓、脳塞栓)、脳内出血、くも膜下出血

添付書類	三大疾病診断書(イーライフクラブ指定のもの)
------	------------------------

- \* 給付は、会員本人の傷病に限りです。
- \* 給付は、がん(悪性新生物)・上皮内がん(上皮内新生物)・急性心筋梗塞・脳卒中、それぞれにつき1回限りです。再発・転移や、過去に同じ傷病名でイーライフクラブから給付を受けている場合は、対象になりません。
- \* 診断や治療に際し、2日以上入院があった方は、「入院見舞金」をご申請ください。

* 該当する場合はチェック回してください	<input type="checkbox"/> 休職中
* 退会予定がある場合はご記入ください	
退会予定日	月 日 付退会

### <個人情報の取扱いについて>

- いただいた個人情報は、この申請書に基づく給付金の給付およびこれに付随する事務手続きおよび事業の維持・改善に必要な範囲でのみ利用します(ご本人の意思によりご提供いただけない部分がある場合、給付等に支障が生じることがあります)。
- いただいた個人情報は、上記の利用目的の範囲内で委託先に委託する場合および法令に基づいて提供する場合を除き、あらかじめご本人の同意を得ることなく第三者に開示または提供することはありません。また、利用目的遂行のため業務を委託する場合は、個人情報の取扱いに関する適正な管理および監督を行います。
- 個人情報の取扱いに関するお問合わせ、開示・訂正・削除については、個人情報相談窓口(086-221-2212、土日・祝日・年末年始を除く、10:00~17:00)までご連絡ください。 ネットグループ共済会 事務局長(個人情報保護管理者)

事業所記入	確認日・確認印
-------	---------

事務局記入	承認	入力	審査	受付
-------	----	----	----	----

【共済制度】三大疾病見舞金 申請書

手書専用 必要事項を記入のうえ、右記の提出先にご提出ください。

提出先 GROP・E係  
申請期限 診断確定日から1年以内

記入例

会社名	ベネッセ●×サービス			申請日	20 25 年 11 月 1 日										
* 出向中の方：出向先会社名 ( )				会員番号	* 出向の方は、出向元の事業所の番号をご記入ください。 * 事業所番号は、Webページでご案内しています。										
部署名・施設名	営業部★★セクション				事業所番号	個人番号(社員番号・社員ID等の数字のみ) * 右ツメ									
戸籍氏名	セイ <small>キョウサイ</small> 姓 共済	メイ <small>ハナコ</small> 名 花子			9	9					1	2	3	4	0
社内通称	岡山		* 社内で旧姓など、戸籍名と違う氏名を使用している方のみ		電話番号	* 該当するほうにチェック回してください		□ 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 個人		( 090 - 1234 - 5678 )					
振込案内送付先住所(国内のみ)	* 該当するほうにチェック回してください <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先		郵便番号	フリガナ		オカヤマケンオカヤマシキタク▲▲チョウ45-1 ■■マンション1201ゴウシツ									
		123-8900	岡山県岡山市北区▲▲町45-1 ■■マンション1201号室												
勤務先に送付の場合の宛名	会社名			部署名・施設名				送付先氏名							

会員本人の疾病のみ

診断確定日	20 25 年 10 月 20 日		
傷病名	<input checked="" type="checkbox"/> がん(悪性新生物) <input type="checkbox"/> 急性心筋梗塞		
* 該当するものにチェック回してください	<input type="checkbox"/> 上皮内がん(上皮内新生物) <input type="checkbox"/> 脳卒中※		

※脳卒中…脳梗塞(脳血栓、脳塞栓)、脳内出血、くも膜下出血

添付書類	三大疾病診断書(イーライフクラブ指定のもの)
------	------------------------

添付書類が必要です

- \* 給付は、会員本人の傷病に限ります。
- \* 給付は、がん(悪性新生物)・上皮内がん(上皮内新生物)・急性心筋梗塞・脳卒中、それぞれにつき1回限りです。再発・転移や、過去に同じ傷病名でイーライフクラブから給付を受けている場合は、対象になりません。
- \* 診断や治療に際し、2日以上入院があった方は、「入院見舞金」をご申請ください。

休職中、または、退会予定のある会員は、下記もご記入ください。

* 該当する場合はチェック回してください	<input checked="" type="checkbox"/> 休職中
* 退会予定がある場合はご記入ください	
退会予定日	月 日 付退会

<個人情報の取扱いについて>  
● いただいた個人情報は、この申請書に基づく給付金の給付およびこれに付随する事務手続きおよび事業の維持・改善に必要な範囲でのみ利用します(ご本人の意思によりご提供いただけない部分がある場合、給付等に支障が生じることがあります)。  
● いただいた個人情報は、上記の利用目的の範囲内で委託先に委託する場合および法令に基づいて提供する場合を除き、あらかじめご本人の同意を得ることなく第三者に開示または提供することはありません。また、利用目的遂行のため業務を委託する場合は、個人情報の取扱いに関する適正な管理および監督を行います。  
● 個人情報の取扱いに関するお問合わせ、開示・訂正・削除については、個人情報相談窓口(086-221-2212、土日・祝日・年末年始を除く、10:00~17:00)までご連絡ください。 ベネッセグループ共済会 事務局長(個人情報保護管理者)

事業所記入	確認日・確認印
-------	---------

事務局記入	承認	入力	審査	受付
-------	----	----	----	----