

(提出先) ネオファースト生命

入院費用前払いサービス  
申請書兼送金先指定書

下記2つの条件に該当する場合は、本サービスは活用できません。2つの条件に該当しない場合に、裏面の「了解事項」を確認の上、以下について申請者(被保険者)さまがご記入下さい。

- <条件>
- ① 過去6か月以内に入院したことがある。
  - ② 契約後2年以内に入院を行う予定である(不慮の事故による入院は除く)。

私は、上記2つの条件に該当しないこと、および裏面記載の「了解事項」を確認の上、入院費用前払いサービスの利用を申請し、送金先口座を指定します。

記入日 2017年 12月 15日

証券番号	1 1 1 1 1 - 1 1 1 1 1 - 1 1										
申請種類	入院一時給付金					入院治療一時給付金					
1. 申請者 (被保険者)	フリガナ	ネオイチ タロウ				性別	<input checked="" type="radio"/> 男性	生年 月日	1980 年		
		根尾一 太郎					<input type="radio"/> 女性		1月 1 日		
2. 入院開始予定日	2 0 1 8 年 3 月 1 5 日										
3. 送金先	口座名義人	フリガナ 申請者と同じ									
	金融機関名	フリガナ	●●●●				信用金庫	フリガナ	●●●●		
		●●●●	銀行	信用組合	農協	労働金庫	支店コード	1	2	3	本店
	種目	普通(総合) 当座		口座番号		1 2 3 4 5 6 7					
ゆうちょ銀行	通帳記号					通帳番号					
	1			0	の					1	
4. 入院連絡者	<p>※本サービスの利用には、入院治療を開始された日以降、下記の入院連絡者又は被保険者ご本人からネオファースト生命宛にご連絡いただく必要があります。</p>										
入院連絡者											
フリガナ	ネオイチ ハナコ				電話番号	090-****-****				申請者との続柄	
	根尾一 花子									<input checked="" type="radio"/> 配偶者	
											その他 ( )