

(提出先) 第一ネオ生命

入院費用前払いサービス

申請書兼送金先指定書

下記3つの条件に該当する場合は、本サービスは利用できません。3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>

- 過去6か月以内に入院したことがある。
- 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）。
- 妊娠中の入院、分娩に関わる入院（帝王切開等）、または睡眠時無呼吸による入院である。

私は、上記3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 2025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="checkbox"/> 男性	生年 月日	1980年			1月 1日	
		根尾一 太郎					<input type="checkbox"/> 女性						
2. 入院開始予定日	2 0 2 6 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										
		フリガナ	●●●					フリガナ	●●●				
	金融機関名	●●●●				<input checked="" type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 信用金庫		●●●●		<input checked="" type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 本店	
						<input type="checkbox"/> 信用組合	<input type="checkbox"/> 労働金庫		支店コード		1	2	3
	種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通(総合)			<input type="checkbox"/> 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

※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第一ネオ生命宛にご連絡いただく必要があります。

入院連絡者		
フリガナ	ネオイチ ハナコ	電話番号
	根尾一 花子	090-****-****
		申請者との続柄
		<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者
		<input type="checkbox"/> その他 ()