

美濃商工会議所 生命共済制度
お祝い金・見舞金請求書

美濃商工会議所 御中

請求日 : 平成 年 月 日

| | |
|-------|---|
| 事業所名 | |
| 代表者名 | 印 |
| 加入者名 | |
| 事業所番号 | |
| 加入者番号 | |
| 加入口数 | 口 |

上記の被共済者が次の「お祝い金」の給付事由に該当しましたので支払の請求をします。

結婚祝い金 : _____ 円 (結婚日:平成 年 月 日)
出産祝い金 : _____ 円 (出産日:平成 年 月 日)
健康保険証の写しを添付すること。

上記の被共済者が次の「見舞金」の給付事由に該当しましたので支払の請求をします。

通院見舞金 : _____ 円
入院見舞金 : _____ 円

< 治療状況 >

| | | | |
|--|---------------------|-----|----|
| 傷病名 | | | |
| 発生(事故)から治癒に至るまでの症状及び経過等 | | | |
| 治療期間 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | | |
| 治療先の病院名 または診療所名 | 名所 | | |
| | 所在地 | TEL | |
| | 担当医師名 | 科 | 医師 |
| 上記の通り相違ないことを証明します。 必要があれば、貴会議所より記載事項を病院(診療所)に直接照会してください。 平成 年 月 日 加入事業所 印 | | | |

(お知らせ)

- 美濃商工会議所「生命共済制度」はアクサ生命保険株式会社を引受会社とする福祉団体定期保険と美濃商工会議所が独自に実施する祝金・見舞金制度で構成されています。
- 本請求書に記載された個人情報は、お祝い金・見舞金支払の可否判断を含む給付金支払手続きにのみ利用します。

【 商工会議所使用欄 】

| 確 認 | | | 支払日 | 受付日 |
|-----|--|--|-----|-----|
| | | | | |