

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：令和 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・令和 年 月 日）

□出産祝い金： 円（出産日：平成・令和 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			
治療期間	平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日		
治療先の病院名	名称		
または診療所名	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、貴商工会議所より記載事項を病院（診療所）に直接照会して下さい。

令和 年 月 日

届出人（被共済者または受取人）

印

※ 美濃商工会議所「生命共済制度」は
アクサ生命株式会社を引受会社とする
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。

【商工会議所使用欄】

確認			支払日	受付日