

見舞金請求書

(不慮の事故による通院又は病気による入院)

事業所番号		加入者番号	
事業所名		加入者氏名	
代表者名		加 入 口 数	口

通院・入院見舞金						円
----------	--	--	--	--	--	---

該当する請求事由を○で囲んでください

上記の見舞金【 事故通院 ・ 病気入院 】請求を致します。

事故通院・病気入院に関する証明

傷 病 名 (事故の場合はその内容等)			
通院・入院した者	住 所		
	氏 名		
通院・入院した病院	所在地		電話()
	名 称		
通院・入院期間(西暦)	年 月 日から 年 月 日まで	通院・入院日数	日

※事故通院・病気入院見舞金の給付は1人につき1年間(12月1日～翌年11月末日)に2回を限度とします。

各見舞金請求の際には下記証明書の原本又はその写しを添付して下さい。

※事故通院・病気入院を開始した日から3年以内が本制度の請求対象となります。

添付書類(添付書類にチェックしてください)

☐領収書 ☐診断書 ☐入院証明書 ☐その他通院・入院の開始日及び終了日が証明できる書類

上記の記載事項は事実と相違ないことを証明致します。

令和 年 月 日

中津川商工会議所共済会 御中

所 在 地 _____

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

【商工会議所使用欄】

支給要件の確認	専務理事	事務局長	相談所長	総務企画課長	会議所受付	アクサ生命受付
1 回目の請求						
2 回目の請求						

(お知らせ)

- 中津川商工会議所「ふれあい共済」はアクサ生命保険(株)を引受会社とする定期保険(団体型)と中津川商工会議所が独自に実施する見舞金・祝金・弔慰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、お祝金・お見舞金・弔慰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。
- 本制度のご請求等に関する事項については、当所ホームページに掲載の中津川商工会議所「見舞金・祝金・弔慰金制度」規程をご確認ください。