

見舞金請求書

磐田商工会議所 御中

下記、請求書記載事項が全て事実と相違ないことを証明し、
貴所「見舞金・祝い金制度」規約に従い見舞金を請求します。

		記入日		年 月 日	
事業所	所在地 事業所名 代表者名 電話番号	(印)			請求金額
					円
傷病者	事業所番号		フリガナ		
	加入者番号		氏名		
	加入者口数※1	口	生年月日	昭和・平成	年 月 日
該当事項		病気入院・事故通院	発生日	年 月 日 病気入院…入院開始日 事故通院…事故発生日	
傷病名					
事故の場合	被災場所				
	事故発生 原因・状況		添付書類	1. 傷害通院証明書 2. 病気入院証明書 3. 他の証明書 4. 領収書 5. 文書料領収書 ※2 金額 円	
病気入院・事故通院期間		年 月 日 ～ 年 月 日	入院日数	日	
			通院回数	回	
病院または診療所所在地		Tel: () -			
名称					

※1 事由が発生した時点での加入口数

※2 文書料は、会議所所定の通院・入院証明書を取得した際に発生する文書料のみお支払いします。

見舞金振込先	振込先	1. 掛金引落口座		2. 下記口座			
	金融機関名等	金融機関		支店名		預金種目	
		銀行 信金		支店		1. 普通(総合) 2. 当座	
		コード		コード			
	フリガナ	口座番号					
口座名義人							

<注意事項>

◎掛金引落口座へ振り込みをし、振込通知明細書を発行いたしません。

◎当共済加入日以前の事由及び申請時に解約されている場合は申請の対象となりません。

<お知らせ>

◎本請求書に記載された個人情報、お祝金・お見舞金支払いの可否判断を含む給付金支払手続きにのみ利用します。

◎磐田商工会議所生命共済制度『New生命共済』はアクサ生命保険株式会社を引受会社とする
入院給付金付災害割増特約・ガン重点保障型生活習慣病一時金特約付定期保険(団体型)
と磐田商工会議所が独自に実施する見舞金・祝金制度で構成されています。

つきましては、団体定期保険引受保険会社であるアクサ生命保険株式会社の社員が磐田商工会議所に対する「お祝い金・見舞金制度」請求の取り次ぎをさせていただきます。

《入院給付金付災害割増特約・ガン重点保障型生活習慣病一時金特約付定期保険(団体型)引受保険会社》
アクサ生命保険株式会社 お問い合わせ：遠州営業所 磐田分室(TEL 0538-35-1797)

《事務処理欄》

専務	事務局長	担当

受付日	月 日
支払日	月 日
アクサ推進員	