

小牧商工会議所 御中

小牧商工会議所生命共済制度つつじ共済見舞金請求書

事業所番号						
事業所所在地	電話 () -					
事業所名						
代表者名	印					

下記の加入者がつつじ共済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。

加入者 番号	加入者氏名 (フリガナ)	生年月日	請求金額				
		昭和/平成 年 月 日	1口 5,000円	2口 10,000円	3口 15,000円	4口 20,000円	5口 25,000円

病气入院	病名	
事故通院	ケガ(事故)の原因、治癒に至るまでの経過等	
入院通院期間 日数(回数)	年 月 日 ~ 年 月 日	
	通院 日間(回)	入院 日間
医療機関	名 称	
	所 在 地	電話 () -

請求にあたっては下記①または②のいずれかを添付してください(写し可)
 ①(通院・入院日数の確認できる)病院の診断書・入院証明書又は医療機関の証明のある書類
 ②(通院・入院日数の確認できる)領収書と診察券のコピー
 ①又は②がない場合は下欄に署名捺印して下さい。但し、下欄への押印があっても、郵送或いはFAXで医療機関から入院・通院日数の確認がとれない場合は、改めて診断書をご提出いただく場合があります。

上記記載内容に相違ありません。
 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。
 年 月 日
 (加入者) 印

振込先

金融機関名	支店名	預金種目	口座番号	口座名義
銀行 信金	支店	普通 当座		フリガナ

※本申請書に記載された個人情報は、つつじ共済の見舞金支払いの可否判断を含む支払い手続きにのみ利用します。
 ※小牧商工会議所生命共済制度「つつじ共済」は、アクサ生命保険㈱を引受保険会社とする入院給付金災害割増特約・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)+小牧商工会議所独自の給付金制度(見舞金・祝金・助成金制度)で構成されています。

事務局使用欄 労働共済会計 531-04つつじ共済見舞金

取次者
