

様式1

彦根商工会議所 生命共済制度
見舞金請求書

彦根商工会議所 御中

請求日：令和 年 月 日

事業所番号	事業所名	
()	代表者名	印
加入者番号	加入者名	印
()	加入口数	口

上記の加入者が次の「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。

- 交通事故通院見舞金： _____ 円
 事故通院見舞金： _____ 円
 病气入院見舞金： _____ 円

〈お振込み先〉 ※見舞金の受取人は加入者です。加入者の方のお振込先をご記入願います。

金融機関	支店	普・当	口座番号	口座名義人 (カタカナ)

〈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	年 月 日 ~ 年 月 日		
災害通院日数/病气入院日数	日間		
治療病院(診療所)名	名称		
	所在地		
上記記載内容に相違ありません。 必要があれば、貴所より記載事項を病院(診療所)に直接照会してください。 令和 年 月 日 (加入者) 印			

* 添付書類(下記の必要書類のいずれかの原本、又はその写しを添付下さい)

- ・ 事故通院見舞金…通院の開始日及び終了日(通院日数)が証明できる診断書、通院証明書、領収書等
- ・ 病气入院見舞金…入院の開始日及び終了日(入院日数)が証明できる診断書、入院証明書、領収書等

* 注意 該当日より3年以内にご請求がない場合はお支払の対象になりません。

(お知らせ)

彦根商工会議所生命共済はアクサ生命保険株式会社を引受保険会社とする「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)」並びに彦根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、彦根商工会議所生命共済制度給付金請求受付の一環として、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彦根商工会議所に対する「見舞金・祝金制度」請求の取り次ぎをさせていただきます。

本請求書に記載された個人情報、見舞金・祝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。

《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

お問い合わせ先:京滋支社彦根営業所(TEL/0749-26-0977)