

請求日：平成 年 月 日

会津喜多方商工会議所 生命共済制度 事故通院給付金 請求書

会津喜多方商工会議所 御中

- 下記の通り事故通院給付金を請求いたします。
- 貴所担当者が被保険者(加入者)の傷病・治療内容に関し、病院等の関係先に照会または記録等を取り付けることに同意します。

事業所

住 所 〒

事業所名

代表者名

電話番号 ()-()-

事業所番号 ()

加入者

本人氏名

加入者番号 ()

ご注意

通院給付金は同じ事故の通院で通算3日以上通院をした時、その通院分の請求を1回分として年1回を20日までの限度として支給いたします。なお、7月1日から翌年6月30日までの間で1回の給付となります。また、給付金の請求は事由発生後3年以内に限定させていただきます。

通院内容

枠内の必要箇所をご記入下さい。

確認事項			給付金	添付書類
<通院の原因となった受傷名> 受傷日：平成 年 月 日			<input type="checkbox"/> 1口加入 1,200円 <input type="checkbox"/> 2口加入 2,400円 <input type="checkbox"/> 3口加入 3,600円 (加入口数にチェック)	実通院日数がわかる 以下の書類いずれか
<通院期間> 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 通院日数： 日			通院日数 _____日	<input type="checkbox"/> 診断書の写し <input type="checkbox"/> 医療機関発行の 領収書等
初診日から の通院日に ○をつけて ください (4ヶ月以上に わたる場合は 通院の月日を 右記の空欄に 記入)	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	給付金 _____円	加入者本人の名前 が明記されている もの(写し)
	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
			住 所	
			医療機関名	

給付金振込先

振込先についてはお間違いの無いよう正確にご記入ください。

金融機関名	本支店名	預金種目	口座番号
銀行・信用金庫 信用組合・JA	支店	普通 当座	
口座名	カナ		
	漢字		

<お知らせ>

※会津喜多方商工会議所生命共済制度はアクサ生命保険㈱を引受会社とする福祉団体定期保険と会津喜多方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。

つきましては、給付金請求受付の一環として、団体定期保険引受会社であるアクサ生命の社員が会津喜多方商工会議所に対する「お祝い金・見舞金制度」請求の取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、祝金・見舞金支払の可否判断を含む給付金支払手続きのみに利用します。

《入院給付金付災害割増特約・ガン死亡特約付福祉団体定期保険引受会社》

アクサ生命保険株式会社 問い合わせ先：アクサ生命 郡山支社 会津若松営業所 (TEL:0242-28-0948)

※会議所記入欄

受付日	アクサ推進員	支払金額	支払日	専務理事	事務局長	共済担当者
月 日		円	月 日			