

請求日：令和 年 月 日

# 会津喜多方商工会議所 生命共済制度 病氣入院見舞金 請求書

会津喜多方商工会議所 御中

- 下記の通り病氣入院見舞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。

<b>事業所</b>	事業所番号：
住所	〒
事業所名	
代表者名	印
電話番号	( ) - ( )

<b>加入者</b>	加入者番号：
氏名	

**ご注意** 病氣による入院見舞金は3日以上入院をした時、通算20日までを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回の支給となります。また、見舞金の請求は事由発生後3年以内に限らせていただきます。

申請内容	枠内の必要箇所をご記入下さい。	
確認事項(必ず記入)	金額	添付書類
<入院の原因となった病名>	<input type="checkbox"/> 1口加入 1,500円 <input type="checkbox"/> 2口加入 3,000円 <input type="checkbox"/> 3口加入 4,500円 (加入口数にチェック) × 入院日数 _____ 日 給付金 _____ 円	<b>実入院日数がわかる</b> 以下の書類いずれか <input type="checkbox"/> 診断書のコピー <input type="checkbox"/> 医療機関発行の領収書レシート等で <b>加入者本人の氏名が明記されているもの</b> (コピー)
<入院期間> 入院 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 退院 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 計 ____ 日		
<入院期間> 住 所 _____ 医療機関名 _____		

<b>振込先</b>	<input type="checkbox"/> お引き落とし口座に振込 (記入不要) <input type="checkbox"/> お引き落とし口座以外に振込を希望の場合 (下記にお間違いの無いよう正確にご記入願います)		
金融機関名	支店名	預金種目	口座番号
銀行・信用金庫 信用組合・J A	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(株)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・ガン重点保障型生活習慣病一時金特約定期保険(団体型)引受保険会社》**  
**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			