通院 ・ 入院　見舞金請求書

事業所番号		加入者番号	
事業所名		加入者氏名	
代表者氏名			

通院 入院	見舞金	¥						円

上記の 通院 入院 見舞金を請求します。

平成　　年　　月　　日

西尾商工会議所共済会　御中

受取人　住 所

氏 名　　印

通院 入院 見舞金発生事由に関する証明

被災者	住 所 氏 名
被災年月日	平成　　年　　月　　日　　午前・午後　　時　　分
被災場所	
事故発生原因 事故発生状況及び 事故の内容	

通院 した病院・診療所 入院	所在地	
	名　称	電話番号
	担当医師名	印
傷病名及び治療箇所		
障害通院期間　通院	自 平成　年　月　日 至 平成　年　月　日	実通院日数 日間
病気入院期間　入院	自 平成　年　月　日 至 平成　年　月　日	実入院日数 日間

実通入院治療日（○印をつけてください）

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

上記記載事項が事実に相違ないことを証明します。

西尾商工会議所共済会　御中

事業所所在地

事　業　所　名

代表者氏名　　印

振込先口座　①共済掛金引落口座　　②下記指定の振込口座　※振込口座に○をつけてください。

金融機関名	支店名	種類	口座番号	口座名義(カナで記入)
		普 ・ 当		様

※　記載されました情報は、祝金の支払可否判断を含む給付金支払手続にのみ利用します。

※　西尾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西尾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、『ゆうゆう共済』給付金請求書受付の一環として、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西尾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。

会議所記入欄　通・入　－