

ゆうゆう共済 インフルエンザワクチン接種助成金 給付請求書

下記 記載事項が事実と相違ないことを証明します。

事業所所在地

事業所名

代表者名

事業所 番号		加入者 番号		加入者氏名 (カタカナで記入)	
-----------	--	-----------	--	--------------------	--

加入している口数に丸をつけてください。

3口：1,000円	4口：2,000円	5口：2,000円
-----------	-----------	-----------

助成金 発生事由に関する証明

インフルエンザワクチン 接種年月日	年 月 日
----------------------	-------

※ワクチン接種を行ったことが分かる書類を添付してください。

振込先口座 ※どちらかに○をつけてください。	①共済掛金引落口座 ②下記指定の振込口座			
金融機関名	支店名	種類	口座番号	口座名義 (カタカナで記入)
銀行 信金 その他()	支店	普・当		様

商工会議所記入欄

支給金額	円
------	---

※記載されました情報は、助成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株式会社を引受会社とする定期保険(団体型)と西尾商工会議所が独自に実施する見舞金・祝金・助成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・助成金制度』請求の取り次ぎをさせていただきます。

※助成金発生事由日から3年経過後の請求は無効となります。

会議所		アクサ生命受付
確認	受付	