

神奈川県商工会議所連合会「生命共済制度」

見舞金請求書

●事由（該当項目に○印をしてください）

<input type="checkbox"/>	事故通院見舞金（5日以上）
<input type="checkbox"/>	病気入院見舞金A（5日以上30日未満）
<input type="checkbox"/>	病気入院見舞金B（30日以上）

下記（別添）証明書にもとづき、見舞金を請求いたします。

所在地	〒 ー					
事業所名	印			事業所No.		
代表者名						
フリガナ						
被保険者名				被保険者No.		
振込先	金融機関名	支店名	区分	口座番号（右づめ）		
	銀行 信金	店	1. 普通 2. 当座			
フリガナ						
口座名義人						
受取人	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> 事業所 ・ 加入者(被保険者) </div>					

※見舞金請求は年1回（8月1日～翌年7月31日）を限度といたします。

※見舞金は当制度の保険金・給付金と重複して支給いたしません。

証明書写し貼付け欄(領収書等)

※証明書をお持ちでない場合は下記の証明書を担当医師に記入していただくようお願い致します。

※証明書は傷病名・通(入)院日数が明記してある書類であれば他の書式のコピーでもかまいません。

●入院・通院に関する医療機関証明書

(入院・通院)者 氏 名		左記記載事項が事実と相違ないことを証明いたします。 _____年 _____月 _____日 医療機関名 _____ 住 所 _____ TEL _____ 医 師 名 _____ 印 _____
傷 病 名		
受傷、発病年月日	_____年 _____月 _____日	
入院、通院開始	_____年 _____月 _____日	
退院、最終通院	_____年 _____月 _____日	
入院、通院実日数	_____日	

個人情報のお取扱いについて

川崎商工会議所は、共済契約加入事業者が本見舞金の請求に伴い、提出した請求書及び添付資料に記載された個人情報を、本見舞金支払いのため手続きのみに利用し、上記目的の範囲外で使用したり、第三者へ提供することはありません。

《お知らせ》

神奈川県商工会議所連合会「生命共済制度」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）」並びに川崎商工会議所が独自に実施する「祝品・見舞金制度」で構成されています。 つきましては、「生命共済制度」給付金請求受付の一環として、定期保険（団体型）引受保険会社であるアクサ生命保険株式会社の社員が川崎商工会議所に対する「祝品・見舞金制度」請求の取り次ぎをさせていただきます。

《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 問合せ先： 神奈川支社横浜営業所（TEL/045-651-0032）

【会議所記入欄】

加入年月日	年 月 日	保障額	万円	給付金額	円
-------	-------	-----	----	------	---

部 長	担 当	経 理