

お祝金・お見舞金請求書

長浜商工会議所 御中

請求日： 年 月 日

事業所	事業所番号	
	事業所名	
	代表者名	(印)
	電話番号	
加入者	加入者番号	
	加入者名	(印)
	加入年月日	

商工会議所決裁欄

上記の加入者が次の「お祝金」の給付事由に該当しましたので支払の請求をします。

結婚祝金： _____ 円 (結婚日： _____ 年 月 日)

出産祝金： _____ 円 (出産日： _____ 年 月 日)

上記の加入者が次の「お見舞金」の給付事由に該当しましたので支払の請求をします。

通院見舞金： _____ 円 入院見舞金： _____ 円

〈治療状況〉

傷 病 名		
発生（事故）から治癒に至るまでの症状及び経過等		
治 療 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日	
治療病院（診療所）名	名 称	
	所 在 地	
上記記載内容に相違ありません。 必要があれば、貴会議所より記載事項を病院（診療所）に直接照会してください。 年 月 日 <div style="text-align: right;">(加入者) (印)</div>		

※病院の診断書・入院証明書・領収書等、通院・入院の開始日及び終了日が記載された原本、又はその写しで給付対象となることが証明できる書類を添付してください。

※添付書類は①か②のいずれかであり、
 ①入院証明書・医師の診断書（コピー可）
 ②領収証（コピー可。ただし入院・退院日数が確認できるもの）

★お振込口座について

生命共済制度掛金を振替させていただいているご指定の口座へお振込みさせていただきます。

※注1. 長浜商工会議所生命共済制度「ひょうたん共済」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）」並びに長浜商工会議所が独自に実施する「お祝い金・見舞金制度」で構成されています。つきましては、「ひょうたん共済」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長浜商工会議所に対する「お祝い金・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社
 お問い合わせ先：京滋支社 彦根営業所 (TEL:0749-26-0977)

※注2. 本請求書に記載された個人情報は、本制度の事務手続きにのみ利用します。