

病気入院見舞金請求書

長井商工会議所 御中

生命共済制度見舞金取扱い要綱により、下記の見舞金を請求いたします。

記

入院見舞金・発生事由に関する証明

入院者 (加入者)	住所	
	氏名	性別 男・女
	加入者番号	生年月日 年 月 日
病名及び 治療部位		
初診日		
入院治療	入院日数 日	
	開始日 年 月 日	最終日 年 月 日
入院した病院 診療所	住所	
	名称	電話番号
	医師名	

記載事項が事実と相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所住所 _____

事業所NO _____ 事業所名 _____

代表者氏名 _____ (印)

◎ 給付方法指定

() 口座振込		() 小切手
指定口座	(銀行・信組・信金) 支店(普通・当座)	小切手をご希望の方は、準備ができ次第電話にてご連絡を差し上げますので、印鑑をご持参の上窓口まで取りに来てくださいますようお願いいたします。 電話連絡先 () _____
	口座番号	
	(フリガナ)	
	口座名義	

どちらかに○をつけてください。

(お知らせ)

- 長井商工会議所生命共済「フォルティシモ」は、アクサ生命を引受会社とする福祉団体定期保険と長井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。
- 本請求書に記載された個人情報、祝金・見舞金支払いの可否判断を含む給付金支払手続きにのみ利用します。

アクサ生命担当者 _____