

病気入院見舞金請求書

事業所番号		加入者番号	
事業所名		加入者氏名	
代表者名		加人口数	

口座振込	金融機関	支店	普通当座	番号	
	フリガナ				
	口座名義人				

入院見舞金額	¥						
--------	---	--	--	--	--	--	--

上記の通り入院給付金を請求致します。

平成 年 月 日

病気入院見舞金支給に関する証明

入院者	住所		氏名		印
発病年月日	平成 年 月 日	発病場所			
病名及び治療箇所					

入院した病院	名称		電話	
入院期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日	入院日数		日

上記の記載事項が事実と相違ないことを証明します。

益田商工会議所 御中

平成 年 月 日

【お知らせ】

- ① 益田商工会議所生命共済「エアポート85」はアクサ生命保険㈱を引受会社とする定期保険(団体型)と益田商工会議所が独自に実施する見舞金制度で構成されています。
- ② 本請求書に記載された個人情報は見舞金支払の可否判断を含む給付金支払手続きにのみ利用します。

事業所名 _____

所在地 _____

代表者 _____ 印