

入院見舞金請求書兼状況報告書

郡山商工会議所 御中

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

加入者

住所 〒	-	TEL	-	-
フリガナ				
氏名				加入者印
生年月日	年	月	日	印

事業所

住所 〒	-	TEL	-	-
事業所名				
代表名				印

●下記のとおり入院状況に相違ありません。なお、入院状況に関する記録を貴所が病院等治療先に照会することに同意いたします。

●給付金は掛金振込口座に振込まれることに同意いたします。振込があった場合は、支払いがなされたものと認め、領収書は提出いたしません。

入院内容・治療内容

入院の原因となった傷病名	
発病(受傷)から受診までの症状・入院中の経過等	
病院住所 TEL - -	入院期間 (入院実日数 日)
病院名	入院 年 月 日
担当医師名 科 医師	退院 年 月 日

ご注意

- 1.診断書の写しまたは、レシート・領収書等、入院日数の分かるものを添付してください。
- 2.ご報告をいただいた内容については病院等に照会することがありますので、間違いのないようにご記入ください。

※本請求書に記載された個人情報、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。
 ※郡山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「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)」並びに郡山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。
 つきましては、給付金請求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、郡山商工会議所に対する「見舞金制度」請求の取次をさせていただきます。
 << 定期保険(団体型)引受保険会社 >>
 お問い合わせ先: アクサ生命保険株式会社 郡山営業所 (TEL: 024-934-1285/FAX: 024-934-1543)

※処理欄

支払日	金額	口数	事業所番号	加入者番号	担当
-----	----	----	-------	-------	----

通院見舞金請求書兼状況報告書

郡山商工会議所 御中

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

加入者

住所 〒	-	TEL	-	-
フリガナ				
氏名				加入者印
生年月日	年	月	日	印

事業所

住所 〒	-	TEL	-	-
事業所名				
代表名				印

●下記のとおり治療状況に相違ありません。なお、治療に関する記録を貴所が病院等治療先に照会することに同意いたします。

●給付金は掛金振込口座に振込まれることに同意いたします。振込があった場合は、支払いがなされたものと認め、領収書は提出いたしません。

受傷内容・治療内容

受傷日	受傷の原因・発生状況		
受傷名・診断名(○をつけてください。ご不明のときには主治医の先生に聞いてください。)			
切傷・打撲・捻挫・脱臼・骨折・火傷 (その他)			
治療部位および内容	利用保険 健保・国保・船員保険・その他()		
	通院治療 日間 年 月 日 ~ 年 月 日 初診日から通院日に○印をつけてください。		
病院住所 TEL - -	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日
病院名	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日
担当医師名 科 医師	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日

ご注意

- 1.診断書の写しまたは、レシート・領収書等、入院日数の分かるものを添付してください。
- 2.ご報告をいただいた内容については病院等に照会することがありますので、間違いのないようにご記入ください。

※本請求書に記載された個人情報、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。
 ※郡山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「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)」並びに郡山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。
 つきましては、給付金請求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、郡山商工会議所に対する「見舞金制度」請求の取次をさせていただきます。
 << 定期保険(団体型)引受保険会社 >>
 お問い合わせ先: アクサ生命保険株式会社 郡山営業所 (TEL: 024-934-1285/FAX: 024-934-1543)

※処理欄

支払日	金額	口数	事業所番号	加入者番号	担当

祝金給付請求書

郡山商工会議所 御中

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

加入者	
住所 〒 - TEL - -	
フリガナ	
氏名	加入者印
生年月日	印
年 月 日 生	

事業所	
住所 〒 - TEL - -	
事業名	
代表名	印

●下記のとおり「祝金」の請求事由に相違ありません。
 なお、事実関係について貴所が関係機関等に照会することに同意いたします。

●給付金は掛金振込口座に振込まれることに同意いたします。振込があった場合は、支払いがなされたものと認め、領収書は提出いたしません。

加入日	年	月	日
-----	---	---	---

尚、加入後1年を経過しないと請求できません。

申請する祝金の該当欄に○をつけ、※印の箇所を記入して下さい。

該当	項目	金額	添付書類
《成人祝金》	※加入者の生年月日 年 月 日	一律 10,000円	生年月日を証明できるもの (運転免許証・健康保険証等の写し)
《結婚祝金》	※結婚日 年 月 日 ※電報サービス 有・無		結婚を証明できるもの (婚姻届受理証明書・戸籍抄本等の写し)
《出産祝金》	※子の名前 ※出産日 年 月 日		出産を証明できるもの (母子手帳出生届出済証明書・戸籍抄本等の写し)

※本請求書に記載された個人情報、祝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。
 ※郡山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「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)」並びに郡山商工会議所が独自に実施する「祝金制度」で構成されています。
 つきましては、給付金請求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、郡山商工会議所に対する「祝金制度」請求の取次をさせていただきます。

《定期保険(団体型)引受保険会社》
 お問合せ先: アクサ生命保険株式会社 郡山営業所(TEL:024-934-1285/FAX:024-934-1543)

※処理欄

支払日	金額	10,000円	事業所番号	加入者番号	担当
-----	----	---------	-------	-------	----

一親等親族死亡弔慰金給付請求書

郡山商工会議所 御中

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

加入者

住所 〒 - TEL - -	
フリガナ	
氏名	加入者印
生年月日	印
年	月 日 生

事業所

住所 〒 - TEL - -	
事業所名	
代表名	印

●下記のとおり「一親等親族死亡弔慰金」の請求事由に相違ありません。なお、事実関係について貴所が関係機関等に照会することに同意いたします。

●給付金は掛金振込口座に振込まれることに同意いたします。振込があった場合は、支払いがなされたものと認め、領収書は提出いたしません。

亡くなった方の氏名		亡くなった方の性別	男・女
亡くなった方の生年月日	年 月 日	加入者との続柄	
亡くなった日時	年 月 日	時 分	ごろ

添付書類	(1) 死亡を証明できる書類(死亡届・死亡診断書等の写し)
	(2) 加入者との続柄を証明できる書類(戸籍謄本・住民票等の写し)

尚、同一事由による給付については重複してお支払い致しかねますのでご了承下さい。

※本請求書に記載された個人情報は、弔慰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。
 ※郡山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「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)」並びに郡山商工会議所が独自に実施する「弔慰金制度」で構成されています。
 つきましては、給付金請求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、郡山商工会議所に対する「弔慰金制度」請求の取次をさせていただきます。

《定期保険(団体型)引受保険会社》
 お問い合わせ先:アクサ生命保険株式会社 郡山営業所(TEL:024-934-1285/FAX:024-934-1543)

※処理欄

支払日		金額	5,000円	事業所番号		加入者番号		担当	
-----	--	----	--------	-------	--	-------	--	----	--