

# あおぞら共済 見舞金(病気入院)給付請求書

半田商工会議所 御中

提出日	令和 年 月 日
-----	----------

下記のとおり病気入院見舞金の給付を請求します。

事業所番号	*	事業所名			
加入者番号	*	加入者氏名	印		
加入年月	* 年 月	加入口数	* 口	見舞金金額	* 円
*会議所使用欄 見舞金振込先 原則として 保険料振替口座	金融機関	* 銀行 信用金庫		支店	預金種類
	口座番号	*No. :		*名義 :	
				* 当座・普通	

入院した病院名等	所在地 :	
	名称 :	
	代表者氏名 :	担当医師名 :
入院の原因となった病名		
治療の箇所及び内容		
病気入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	入院日数 日

上記の記載事項は事実と相違ないことを確認し証明します。

事業所所在地

事業所名

代表者氏名

電話番号 ( )

## ■見舞金の請求について

- ・病気入院見舞金は半田商工会議所独自の制度であり、請求は一加入者につき、年1回(1/1~12/31)を限度とします。
- ・病気入院見舞金制度は、あおぞら共済に継続して6ヶ月以上加入している加入者本人が、病気により継続して5日以上又は20日以上いずれか入院治療された場合に該当します。
- ・請求期限は、請求事由が発生した日から3年以内とします。
- ・請求時には、請求事由を証明できる書類(診断書等のコピーも可)を必ず添付ください。
- ・ご記入頂いた情報は、見舞金発給事務のために利用いたします。
- ・ \* 欄は半田商工会議所にて記入いたします。

\* 半田商工会議所処理欄

担当生保		担当者名		添付書類確認		その他	
------	--	------	--	--------	--	-----	--