

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				
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 支店 信用金庫		預金種類	* 当座・普通	
	口座番号	*No. :		*名義 :		

・ * 欄は半田商工会議所にて記入いたします。

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

- ・病氣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。
- ・病氣入院見舞金制度は、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、病氣により継続して 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。

(お知らせ)

※1 半田商工会議所 あおぞら共済はアクサ生命保険株式会社を引受会社とする定期保険(団体型)と半田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。

※2 本請求書に記載された個人情報、お祝金・お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。

【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	
------	--	------	--	--------	--	-----	--