

あおぞら共済 見舞金(ケガ通院)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、ケガ通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 :		

ケガなど(事故)発生日	年 月 日 () 時 分頃				
事故状況					
ケガ通院した病院名等	所在地 :				
	名称 :				
	代表者氏名 :		担当医師名 :		
治療の箇所及び内容					
ケガ通院治療日 (日付を記入ください)	年				通院日数 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 ()

同意書

病院

私は、 年 月 日発生の事故における私の傷病について、半田商工会議所または、その委託を受けた者が、下記の行為を行うことに同意します。

記

1. 私の傷病の原因・症状・診断内容・治療内容・検査結果・既往症等について照会され、説明を受けること。

年 月 日 (同意日を必ずご記入ください)

住所 _____

氏名 _____ Ⓜ

患者様との関係 [本人・配偶者・親権者・法定相続者・その他]

※ 裏面の注意事項もご覧いただき、ご記入ください。

■見舞金の請求について

- ・通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。
- ・通院見舞金制度は、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、ケガにより5日以上通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・領収書等のコピーも可）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	
------	--	------	--	--------	--	-----	--