延岡商工会議所 Mの国共済 お祝金 • 見舞金請求書

(結婚祝金・出生祝金・事故通院見舞金・病気入院見舞金 用)

延岡商工会議所 御中

加入事業所番号																	請	求Ε	∃:令和	4	年	月	日
代表 者名 10	加。	入事	業	所者	番	号							加		入 :	者	番	号					
# 来所 電 話 番 号 加入 年月日 昭和/平成/令和 年月 加入 3 年月日 昭和/平成/令和 年月 加入 3 年月日 四人 3 年月日 四人 3 年月日 四人 3 年月日 日 1 日 1 日 日 1	事	業		所		名							(フ	IJ	ガ	ナ)					
事業所住所	代	表		者		名						(FI)	加		入	ā	旨	名					(FI)
加入者体所 上記の加入者が次の「お祝金」の給付事由に該当しましたので支払の請求をします。 結婚祝金:	事	業所	電	話者	番	号							加		入 :	年	月	日	昭和/	′平成/令	和	年	月
□ 上記の加入者が次の「お祝金」の給付事由に該当しましたので支払の請求をします。 □ 結婚祝金:	事業	၏住	听										加	入		- ス	・掛	金		コース	<u>: -</u>		円
□ 結婚祝金: 円 (入籍日: 年 月 日) □ 出生祝金: 円 (出生日: 年 月 日) ※結婚(勝本等 入籍した日が記載されているもの)・出生(住民票、母子乗帳等 出生日が記載されているもの)の写しなど、 給付対象となることが証明できる書類を添付して下さい。 □ 上記の加入者が次の「お見舞金」の給付事由に該当しましたので支払の請求をします。 □ 事故通院見舞金: 円 □ 病気入院見舞金: 円 〈 治 療 状 況 〉 「傷 病 名 名 海 日 中 日 中 日 日本で〈入院・通院〉 名 新 日 海療院(診療所)名 所在地・電話番号 TEL 上記記載内容に相違ありません。 必要があれば、貴会議所より記載事項を病院(診療所)に直接照会してください。 年 月 日 (加入者) 印 ※病院の診断書・入院証明書・領収書等、通院・入院の開始日及び終了日が記載され原本、又はその写して 総付対象となることが証明できる書類を添付して下さい。 「振込先 振 立 魚 機 関 名 本 支 店 名 項 金 種 目 1. 普通預金 2. 当座預金 ロ 座 番 号 □ ロ 座 番 号 □ ロ 座 番 号 □ ロ 座 番 号 □ ロ 座 番 号 □ □ アラン・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・													加	入律	皆住所	Ť							
□ 出生祝金:		上記の	の加	1人:	者	がり	での「	お祝金	別の糸	付事	由に	該	当しま	ال	たの	でラ	支払	の請	求をし	ます。			
※結婚(謄本等 入籍した日が記載されているもの)・出生(住民票、母子手帳等 出生日が記載されているもの)の写しなど、給付対象となることが証明できる書類を添付して下さい。 □ 上記の加入者が次の「お見舞金」の給付事由に該当しましたので支払の請求をします。 □ 事故通院見舞金: 円 □ 病気入院見舞金: 円 〈 治療状況〉 「傷病者名 治療期間年月日~年月日まで〈入院・通院〉 名称 治療病院(診療所)名所在地・電話番号 「正し 上記記載内容に相違ありません。 必要があれば、貴会議所より記載事項を病院(診療所)に直接照会してください。 年月日 (加入者) ② ※病院の診断書・入院証明書・領収書等、通院・入院の開始日及び終了日が記載され原本、又はその写して給付対象となることが証明できる書類を添付して下さい。 「振込先指定金融機関名本支に名。」 振込先指定金融機関名本支に名。 「張込先指定金融機関名」本支に名。 「張込先指定金融機関名」本支に名。 「張込先指定金融機関名」 本支に名。 「張込先指定金融機関名」 本支に名。 「張込先指定金融機関名」 本支に名。 「張込先指定金融機関名」 本方支に名。 「張込先指定金融機関名」 本方支に名。「張込先指定金融機関名」 本方式に記述されているものでは、「まず、「おより、「まず、「まず、「まず、「まず、「まず、「まず、「まず、「まず、「まず、「まず																							
総付対象となることが証明できる書類を添付して下さい。 □ 上記の加入者が次の「お見舞金」の給付事由に該当しましたので支払の請求をします。 □ 事故通院見舞金:			出	生	祝	金:					F.	<u> </u>	出生	日:			年		月	日)			
□ 上記の加入者が次の「お見舞金」の給付事由に該当しましたので支払の請求をします。 □ 事故通院見舞金: 円 □ 病気入院見舞金: 円 〈 治療状況〉 傷 病 名 治療期間 年月日~年月日まで〈入院・通院〉 名 称 治療病院(診療所)名 所在地・電話番号 TEL 上記記載内容に相違ありません。 必要があれば、貴会議所より記載事項を病院(診療所)に直接照会してください。 年月日 (加入者) ® ※病院の診断書・入院証明書・領収書等、通院・入院の開始日及び終了日が記載され原本、又はその写して給付対象となることが証明できる書類を添付して下さい。 「振込先														票、	母子	手帳	等占	出生日	が記載る	されている	らもの))の写l	んなど、
□ 事故通院見舞金: 円 □ 病気入院見舞金: 円		ŕ	合付	対象	رځ	なるこ	ことが言	正明でき	きる書類	を添付	けして下	さい	0										
《 治療状況》 (場 病 名 (場 病 名 (場 病 名 (場 期 間 年 月 日~ 年 月 日まで〈入院・通院〉 (表) 名 称	Π.	上記の	り加	1入:	者	がク	での「	お見舞	≢金」の	給付	事由	に該	を当し	ょ	した	のつ	で支	払の	請求を	します。	•		
《 治療状況》 (場 病 名 (場 病 名 (場 病 名 (場 期 間 年 月 日~ 年 月 日まで〈入院・通院〉 (表) 名 称			事	坟 通	够	見	舞金:					円] ;	病気	人	烷見	舞金	ž :				円
 傷 病 名 治療期間 年月日~年月日まで〈入院・通院〉 名 称		(尘	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	ī)	 	: - -																
治療期間 年月日~年月日まで〈入院・通院〉 名称 治療病院(診療所)名 所在地・電話番号 下EL 上記記載内容に相違ありません。 必要があれば、貴会議所より記載事項を病院(診療所)に直接照会してください。 年月日 (加入者) (印) ※病院の診断書・入院証明書・領収書等、通院・入院の開始日及び終了日が記載され原本、又はその写しで総付対象となることが証明できる書類を添付して下さい。 「振込先 振込先指定金融機関名本支店名 預金種目1.普通預金2.当座預金 ロ座番号 (フリガナ)		`																					
名 称			1	昜			抦	2	4														
治療病院(診療所)名			;	台		療	期	間	1	=	年	月		日	~		左	Ŧ.	月	日まで	〈入	院∙通際	完>
上記記載内容に相違ありません。 必要があれば、貴会議所より記載事項を病院(診療所)に直接照会してください。 年月日 (加入者) ※病院の診断書・入院証明書・領収書等、通院・入院の開始日及び終了日が記載され原本、又はその写しで給付対象となることが証明できる書類を添付して下さい。 「振込先振定金融機関名本文店名 預金種目1.普通預金2.当座預金 ロ座番号 (フリガナ)									名		:	称											
上記記載内容に相違ありません。 必要があれば、貴会議所より記載事項を病院(診療所)に直接照会してください。 年 月 日				治	療	病院	(診療)	听)名	所名	主地・電	[話番	号											
必要があれば、貴会議所より記載事項を病院(診療所)に直接照会してください。 年月日 (加入者) ※病院の診断書・入院証明書・領収書等、通院・入院の開始日及び終了日が記載され原本、又はその写しで給付対象となることが証明できる書類を添付して下さい。 振込先 振込先指定金融機関名 本支店名 預金種目1.普通預金2. 当座預金 ロ座番号 (フリガナ)															TE	<u> </u>							
年月日 (加入者) ® ※病院の診断書・入院証明書・領収書等、通院・入院の開始日及び終了日が記載され原本、又はその写しで給付対象となることが証明できる書類を添付して下さい。 振込先指定金融機関名 本 支 店 名 預 金 種 目 1.普通預金 2. 当座預金 ロ 座 番 号 (フ リ ガ ナ)									-		を病院	(診塀	字所)(一直	接昭:	슾I.	てくた	さい	_				
(加入者) (卸) ※病院の診断書・入院証明書・領収書等、通院・入院の開始日及び終了日が記載され原本、又はその写しで給付対象となることが証明できる書類を添付して下さい。 振込先 振込先 振込先 指定金融機関名 本 支 店 名 項 金 種 目 1. 普通預金 2. 当座預金 口 座 番 号 (フ リ ガ ナ)			_	<u> </u>	,,,	J-1 01	5 (5 2.	A 1132///	0, 2, 10, 42	V T-70	_ 17196	(42 //	K////	-				_	-				
※病院の診断書・入院証明書・領収書等、通院・入院の開始日及び終了日が記載され原本、又はその写しで 給付対象となることが証明できる書類を添付して下さい。 「振込先 振込先指定金融機関名 本 支 店 名 預 金 種 目 1.普通預金 2. 当座預金 ロ 座 番 号																		(力	0入者)				(FI)
給付対象となることが証明できる書類を添付して下さい。 - 振込先 - 振込先 指 定 金 融 機 関 名 - 本 支 店 名 - 預 金 種 目 1. 普通預金 2. 当座預金 - □ 座 番 号 - (フ リ ガ ナ)																							
振込先指定金融機関名 本 支 店 名 預 金 種 目 1. 普通預金 2. 当座預金 ロ 座 番 号 (フ リ ガ ナ)													_			ኒ ひክ	後了日	ヨが言	d載され原	本、又は	t C 0.	うらしで	•
本 支 店 名 預 金 種 目 1. 普通預金 2. 当座預金 口 座 番 号 (フ リ ガ ナ)	□ 振道	込先																					
預金種目 1. 普通預金 2. 当座預金 口座番号 (フリガナ)				振	込	. 先	指定	金融植	幾 関 名														
ロ 座 番 号 (フ リ ガ ナ)				本			支	店	名														
(フ リ ガ ナ)				預	į		金	種	目	1.	普通預	金		2.	当座	預金							
							座	番	号														
口座名義人				(フ	IJ	ガ	ナ)														
				П		座	名	義	人														

(お知らせ)

※1 延岡商工会議所生命共済制度「Mの国共済」は、アクサ生命保 険株式会社を引受保険会社とする「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)」並びに延岡商工会議所が独自に実施する「お祝い金・見舞 金・記念品制度」で構成されています。

つきましては、「Mの国共済」給付金請求受付の一環として、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延岡商工会議所に対する「お祝い金・見舞金・記念品制度」請求の取り次ぎをさせていただきます。

※2 本請求書に記載された個人情報は、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。

【商工会議所使用欄】

受 付	日										
祝金 · 見舞金請求受付確認欄											
専務理事	事務局長	担	当	当 者							

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)

引受保険会社:アクサ生命保険株式会社