

姫路商工会議所 ひめっこ共済(生命共済制度)  
見舞金(病気入院・事故通院・親介護認定)請求書

No. \_\_\_\_\_  
20200401-1  
【1/2】

記入日： 年 月 日

姫路商工会議所 御中

貴所の「見舞金・祝金規則」に従い、必要書類を添付の上、見舞金を請求いたします。  
記載事項が事実と相違ないことを証明し、事実と異なることが判明した場合は返還いたします。

事業所名		事業所No.		No. _____
所在地	〒	代表者	印	
連絡先	TEL	当年度会費	<input type="checkbox"/> 納入済 <input type="checkbox"/> 納入予定( / )	

給付内容と請求者 ※給付事由発生日から3年以内の申請に限ります。※□には☑を記入ください。

給付内容	<input type="checkbox"/> 病気入院 <input type="checkbox"/> 事故通院 <input type="checkbox"/> 親介護認定	給付額	, 000円	
フリガナ 加入者名 (被保険者)	(印)	性別	加入者番号	加入口数
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		口
生年月日	S・H 年 月 日	加入日	S・H・R 年 月 1日	

給付(病気入院・事故通院)事由の内容【※通院受診先は、医師のいる医療機関に限ります。】

医療機関		担当医師	
給付事由	事由発生日 年 月 日 傷病名 ( ) ※状況を具体的に記入ください。	治療期間	初診日 年 月 日 入院または通院期間 年 月 日～ 年 月 日迄 実日数 計 日間
添付書類 (全て写し可)	<input type="checkbox"/> 病気入院見舞金を請求される方 ・診断書等の医師の証明書又は5日分の領収書等 <input type="checkbox"/> 事故通院見舞金を請求される方→領収書添付不可時は次頁参照 ・診断書等の医師の証明書又は5日分の領収書等 <input type="checkbox"/> 親介護認定見舞金を請求される方 ・父母との続柄を証明する戸籍謄本,住民票,健康保険証等の書類 ・介護保険 要介護認定・要支援認定等の結果通知書<介護保険被保険者証も可>(氏名、要介護状態区分が分かる書類)		個人情報の取扱いについて 当制度の運営において取得する個人情報(被保険者の氏名・性別・生年月日・健康状態等、事業主の氏名・所在地、口座情報等)は、当制度の事務手続き、各種サービスのご案内・提供のために利用します。

<振込先> 下記の口座にお支払いください。指定口座への振込をもって見舞金を受領したものとします。

振込口座 □に☑を記入してください。	金融機関コード	支店コード	預金種目 □普通 □当座 □貯蓄 □には☑を記入ください。	口座番号		
	銀行・信用金庫・組合	本店・支店・出張所				
□月額掛金引去口座 □その他	フリガナ 口座 名義人		アクサ生命 担当	事務局使用欄 <input type="checkbox"/> 当年度会費 <input type="checkbox"/> 納入済み <input type="checkbox"/> 未納		

## 事故通院証明書

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 昭・平 年 月 日

傷病名																																
初診日	年	月	日	～	<input type="checkbox"/>	終診	・	<input type="checkbox"/>	現在加療中																							
通院日	通院治療日に○印を記入してください																															
	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
	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
	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
通院実日数	合計											日(回)																				

\_\_\_\_\_年 月 日

所 在 地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_ (印)