

記入例

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: 2020年 5月 1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	株式会社姫路食堂	事業所No.	8888	No.
所在地	〒670-0932 姫路市下寺町43	代表者	姫路 一郎	
連絡先	TEL 079-223-6552	当年度会費	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 事故通院 <input type="checkbox"/> 親介護認定	給付額	20,000円	
フリガナ 加入者名 (被保険者)	ヒメ ジ コ 姫路 ハナ子	性別	加入者番号	加入口数
		<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	90002	4 口
生年月日	Ⓢ・H 38年 12月 3日	加入日	S・Ⓜ・R 26年 6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	医療法人〇〇会 ◇◇病院	担当医師	姫 六郎
給付事由	事由発生日 2018年 6月 5日 傷病名 (右足の骨折) ※状況を具体的に記入ください。 自転車を運転中に子供を避けようとして 転倒し、腫れてきたので受診した。	治療期間	初診日 2018年 6月 5日 入院または通院期間 2018年 6月 5日～ 2018年 8月 3日迄 実日数 計 12 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)		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 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。 </div>

<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	1 2 3 4	支店コード	5 6 7	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 □には☑を記入ください。							
		姫路 銀行・信用金庫・組合		姫路 本店(支店)出張所		口座番号	1	2	3	4	5	6	7
<input checked="" type="checkbox"/> 月額掛金 引去口座 □その他	フリガナ	カ) ヒメジシヨクドウ					アクサ生命 担当	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 事務局使用欄 当年度会費 <input type="checkbox"/>納入済み <input type="checkbox"/>未納 </div>					
	口座 名義人	株式会社 姫路食堂 代表取締役 姫路一郎											

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)