

北九州商工会議所 生命共済制度病気入院見舞金申請書

年 月 日

北九州商工会議所 御中

当事業所の下記被保険者が病気により入院しましたので、見舞金を申請致します。

下記記載事項は事実に相違なく万一事実と異なることが判明した場合には入院見舞金を返還いたします。

事業所番号 _____

事業所名

住 所 号

代表者名

印

電 話

フリガナ		被保険者番号	
被保険者名	印		
病 名			
入院期間	入院 年 月 日 ~ 退院 年 月 日		
振込先 (掛金振替口座)	振込先は、掛金振替口座となります。	加入口数 (1口=保険金100万)	口
医療機関	名 称		
	所在地		

<お願いとご注意>

- 申請に当たっては、注意事項をご参照ください。
- 入退院日が明記された医療機関発行の領収書(写)または、病名・入院日数・医師の印が明記してある書類(写)を添付ください。
- ご提出いただいた書類で内容に不明な点がある場合、診療を受けられた上記の医療機関に内容をお伺いすることもありますのでご了承願います。
- 北九州商工会議所生命共済制度は、生命保険会社12社(幹事会社:大同生命保険㈱)を引受会社とする災害保障特約付団体定期保険と北九州商工会議所が独自に実施する見舞金制度で構成されています。
- 本申請書に記載された個人情報、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。

会議所使用欄

受 付

給付額	事業所番号	
円		会・特・他

