

お 祝 金 ・ お 見 舞 金 請 求 書

多 治 見 商 工 会 議 所 御 中

請求日： 年 月 日

加入事業所番号		加入者番号	
事業所名		加入者名	印
代表者名	印	加入年月日	
事業所電話番号			

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： \_\_\_\_\_ 円 (結婚日： \_\_\_\_\_ 年 月 日)  
 出産祝金： \_\_\_\_\_ 円 (出産日： \_\_\_\_\_ 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。

- 通院見舞金： \_\_\_\_\_ 円     入院見舞金： \_\_\_\_\_ 円

〈 治 療 状 況 〉

傷 病 名			
発生(事故)から治癒に至るまでの症状及び経過等			
治 療 期 間	年 月 日 ~		年 月 日
治療病院 (診療所) 名	名 称		
	所 在 地		

※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た原本、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。

給付金は次の方法により受取を希望します。

- 保険料引落とし口座へ振込                       他の口座へ振込

振込先指定金融機関名		口 座 番 号	
本 支 店 名		口 座 名 義 人	
預 金 種 目	1. 普通預金 2. 当座預金	口 座 名 義 人 フ リ ガ ナ	

(お知らせ)

- ※1 多治見商工会議所たじみ共済はアクサ生命保険株式会社を引受会社とする定期保険 (団体型) と多治見商工会議所が独自に実施する祝金・見舞金制度で構成されています。  
 ※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。

【保険会社記入欄】

担当者	<input type="checkbox"/> 本制度に1年以上加入していること。
	<input type="checkbox"/> 本制度の主契約及び特約に該当しないこと。
	<input type="checkbox"/> 保険期間中における請求は1回目であること。

【商工会議所使用欄】 (支払日： . . . )

祝金・見舞金請求受付確認欄			
事務局長	総務課	担当者	担当者