

豊橋商工会議所生命共済制度見舞金請求書

() 事故通院
() 病気入院

事業所番号		加入者番号			
事業所名		加入者氏名			
代表者氏名		加 入 口 数	口	年 齢	才
送金口座 (掛金引去口座)	銀行 信用組合 信用金庫	支店	当座 普通	No	
フリガナ					
口座名義人					

下記の証明により上記の通り、見舞金を請求いたします。

平成 年 月 日

豊橋商工会議所共済制度サービスセンター 御中

住 所
事業所名
代表者名

印

通院および入院に関する証明

傷 病 者	住所																														
	氏名	男・女	生年月日	昭・平	年 月 日																										
受傷・発病年月日	平成 年 月 日	午前・午後	時	分頃																											
受傷原因 および受傷状況 (事故通院の場合)																															
通院・入院した 病 院 診 療 所	所 在 地																														
	医療機関名																														
	医 師 名 ㊟																														
傷病名 および 治療箇所																															
通院期間	開始日	平成 年 月 日	終了日	平成 年 月 日	通院日数	日																									
入院期間	入院日	平成 年 月 日	退院日	平成 年 月 日	入院日数	日																									
事故通院・病気入院治療日 (○をつけてください)																															
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

※豊橋商工会議所が受領した個人情報、見舞金請求手続に関し使用することに同意します。

※証明については、診断書または傷病名・通院・入院実日数が明記してある書類があればコピーを添付してください。

豊橋商工会議所共済制度サービスセンター使用欄

受付日		加入口数	口					
支払日		見舞金額	円	担 当	検 査	確 認		