

三原商工会議所「商工共済うきしろ」給付金請求書 (見舞金・祝金請求用)

事業所 番号	加入者 番号	加入 口数	口	給付 金額	円
-----------	-----------	----------	---	----------	---

請求種類		請求種類の詳細																	
○	病氣入院見舞金 (5日以上継続入院)	医療機関																	
		傷病名																	
		入院期間	年	月	日	～	年	月	日	(	日間)								
○	事故通院見舞金 (10回以上実通院)	医療機関																	
		傷病名																	
		通院日	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
			月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
			年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
		( 回)																	
○	親介護認定見舞金 (同居の親・要介護「3」以上)	認定年月日	年	月	日														
○	成人祝金 (加入後1年以上)	生年月日	年	月	日														
○	結婚祝金 (加入後1年以上)	入籍年月日	年	月	日														
○	出産祝金 (加入後1年以上・平成28年12月1日以降)	出産年月日	年	月	日														

上記の通り証明し、給付金の支払い申請を行います。

平成 年 月 日

加入者記入欄

事業所記入欄

フリガナ

住所

加入者名

印

事業所名

代表者名

印

給付金振込先

金融機関											支店名						
預金種類	普通・当座				口座番号												
フリガナ																	
口座名義人																	

三原商工会議所「商工共済うきしろ」給付金規定

- 本請求書は「商工共済うきしろ」の見舞金・祝金の給付金請求のためご記入いただくものです。  
\*入院・通院・成人・結婚・出産の事実については、入院請求書・診断書等、証拠書類は必要とせず、事業主の証明とします。ただし、親介護認定の事実については、要介護3以上の認定を証明する書類を必要とします。
- 見舞金のお支払いは、病氣入院・事故通院を通じて年1回(4/1～3/31)を限度として、日数にかかわらず規定の金額をお支払いたします。
- 病氣入院見舞金は、死亡保険金との重複支払いはいたしません。
- 事故通院見舞金は、不慮の事故による入院給付金との重複支払いはいたしません。(退院後の通院に対する見舞金の支払いはありません。)
- 親介護認定見舞金は、加入者の同居の親が公的介護保険制度の要介護「3」以上に新規該当したときにお支払いたします。
- 出産祝金は、加入者またはその配偶者が出産したときにお支払いたします。なお、多胎児の場合、人数分ではなく1回の出産としてお支払いたします。
- 給付金は、上記にご記入いただきました口座に振り込みます。
- 3年以内に請求手続きを行わない場合は、無効となります。

※本請求書にご記入いただきました個人情報、三原商工会議所の見舞金・祝金の支払い手続きのみに使用します。  
 ※三原商工会議所生命共済制度「商工共済うきしろ」は、アクサ生命保険株式会社を引受保険会社とする「入院給付金付災害割増特約・ガン重点保障型生活習慣病一時金特約付定期保険(団体型)」並びに三原商工会議所が独自に実施する「見舞金・祝金制度」で構成されています。  
 ※「商工共済うきしろ」給付金請求受付の一環として、定期保険(団体型)引受会社であるアクサ生命保険株式会社の社員が三原商工会議所に対する「見舞金・祝金制度」請求の取次ぎをさせていただきます。

三原商工会議所「商工共済うきしろ」給付金請求書 (見舞金・祝金請求用)

事業所 番号	〇〇〇〇	加入者 番号	〇〇	加入 口数	〇 口	給付 金額	〇〇〇〇〇 円
-----------	------	-----------	----	----------	-----	----------	---------

請求種類		請求種類の詳細																	
○	病気入院見舞金 (5日以上継続入院)	医療機関	〇〇〇〇〇〇〇〇																
		傷病名	〇〇〇〇〇〇〇〇																
		入院期間	〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ( 〇〇日間)																
○	事故通院見舞金 (10回以上実通院)	医療機関	〇〇〇〇〇〇〇〇																
		傷病名	〇〇〇〇〇〇〇〇																
		通院日	〇〇年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
			〇〇月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
			〇〇年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
〇〇月	17		18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
		( 〇〇回)																	
○	親介護認定見舞金 (同居の親・要介護「3」以上)	認定年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日																
○	成人祝金 (加入後1年以上)	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日																
○	結婚祝金 (加入後1年以上)	入籍年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日																
○	出産祝金 (加入後1年以上・平成28年12月1日以降)	出産年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日																

該当項目に丸を付けてください。

通院した日にちに丸を付けてください。

上記の通り証明し、給付金の支払い申請を行います。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

加入者記入欄

事業所記入欄

フリガナ 〇〇〇〇 〇〇〇〇

住 所 三原市〇〇 〇丁目〇〇番〇〇号

加入者名 〇 〇 〇 〇



事業所名 〇〇〇〇〇〇〇〇

代表者名 〇〇 〇〇



認印で構いません。

給付金振込先

金融機関	〇〇〇〇〇〇〇〇	支店名	〇〇〇〇〇〇														
預金種類	普通 当座	口座番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
フリガナ	〇〇〇〇〇〇〇〇																
口座名義人	〇〇〇〇〇〇〇〇																

三原商工会議所「商工共済うきしろ」給付金規定

- 本請求書は「商工共済うきしろ」の見舞金・祝金の給付金請求のためご記入いただくものです。  
\*入院・通院・成人・結婚・出産の事実については、入院請求書・診断書等、証拠書類は必要とせず、事業主の証明とします。ただし、親介護認定の事実については、要介護3以上の認定を証明する書類を必要とします。
- 見舞金のお支払いは、病気入院・事故通院を通じて年1回(4/1~3/31)を限度として、日数にかかわらず規定の金額をお支払します。
- 病気入院見舞金は、死亡保険金との重複支払いはいたしません。
- 事故通院見舞金は、不慮の事故による入院給付金との重複支払いはいたしません。(退院後の通院に対する見舞金の支払いはありません。)
- 親介護認定見舞金は、加入者の同居の親が公的介護保険制度の要介護「3」以上に新規該当したときにお支払します。
- 出産祝金は、加入者またはその配偶者が出産したときにお支払します。なお、多胎児の場合、人数分ではなく1回の出産としてお支払します。
- 給付金は、上記にご記入いただきました口座に振り込みます。
- 3年以内に請求手続きを行わない場合は、無効となります。

※本請求書にご記入いただきました個人情報、三原商工会議所の見舞金・祝金の支払い手続きのみに使用します。  
 ※三原商工会議所生命共済制度「商工共済うきしろ」は、アクサ生命保険株式会社を引受保険会社とする「入院給付金付災害割増特約・ガン重点保障型生活習慣病一時金特約付定期保険(団体型)」並びに三原商工会議所が独自に実施する「見舞金・祝金制度」で構成されています。  
 ※「商工共済うきしろ」給付金請求受付の一環として、定期保険(団体型)引受会社であるアクサ生命保険株式会社の社員が三原商工会議所に対する「見舞金・祝金制度」請求の取次ぎをさせていただきます。