

生命共済（災害通院・病気入院）

見 舞 金 請 求 書

ご記入頂いた情報は、風車共済の運営に必要な事務処理及び引受会社との情報交換のために利用します。

通院者 または 入院者	住 所	
	氏 名	男・女
	生年月日	年 月 日
発生事由等 について	日 時	年 月 日 午前・午後 時 分頃
	場 所	
	概要・発生原因・発生状況及び内容等	
通院・入院 した病院又 は診療所名	所 在 地	
	名 称	Tel ()
	代表者名	担当医師名
傷病名及び 治療箇所		
災害通院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	計 日
病気入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	計 日
見 舞 金	加入口数 口 × 10,000 円 = 請求金額 円	

※確認資料・・・【通院】診断書、医療機関の領収書（写）、→同一医療機関で5日以上
【病気入院】入院証明書、医療機関の領収書（写）→入院期間5日以上明示
 上記記載事項が事実と相違ないことを証明し、見舞金を請求致します。

年 月 日

大府商工会議所 御中

(事業所)

所在地 _____

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

電 話 _____