

生命共済制度（日帰り手術）見舞金請求書

箕輪町商工会 御中

事業所番号		加入者番号			
事業所名		加入者氏名		加入口数	
電話番号		普通・当座	No. _____		
見舞金振込先	銀行・信用金庫	フリガナ	_____		
	支店	口座名義人	_____		

見舞金支給事由に関する証明

傷病者	住所	生年月日		
	氏名	男・女	年	月
傷病名および受傷部位・態様				
初診日	年 月 日			
手術日	年 月 日			
病院名	_____		医師名	_____
所在地	_____		電話	_____

※ 病院等の領収書(コピー)等を必ず添付して下さい。

上記記載事項が事実と相違無いことを証明します。
また本件について貴会が必要とする事項を病院等へ調査することに同意いたします。

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

商工会 処理欄	受付日	年	月	日	給付金額	円	会長印	決裁印	担当者印
	支払日	年	月	日	否認理由				